

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE INVESTIGAÇÃO: EDUCAÇÃO E CIÊNCIA**

**DOENÇAS: CONSTRUÇÃO E REALIDADE NA
FORMAÇÃO DOS MÉDICOS.**

**Objeto Fronteira como instrumento de interação entre
diferentes Estilos de Pensamento**

REJANE LEAL CONCEIÇÃO DA COSTA ARAÚJO

FLORIANÓPOLIS, SC

2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE INVESTIGAÇÃO: EDUCAÇÃO E CIÊNCIA**

**DOENÇAS: CONSTRUÇÃO E REALIDADE NA
FORMAÇÃO DOS MÉDICOS.**

**Objeto Fronteira como instrumento de interação entre
diferentes Estilos de Pensamento**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Educação – CED/UFSC, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em Educação.**

Mestranda: Rejane Leal Conceição da Costa Araújo

Orientador: Profa. Dra. Nadir Ferrari

Co-Orientador: Prof. Dr. Marco A. da Ros

FLORIANÓPOLIS, SC

2002

*Viver
e não ter a vergonha de ser feliz
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser um eterno aprendiz*
Gonzaguinha

*Não há o que temer quanto aos deuses
Não há nada a temer quanto à morte
Pode-se alcançar a felicidade
Pode-se suportar a dor.*

Epicuro

*Quando então dizemos que o fim último é o
prazer, não nos referimos aos prazeres dos
intemperantes ou aos que consistem no gozo
dos sentidos, como acreditam certas pessoas
que ignoram o nosso pensamento, ou não
concordam com ele, ou o interpretam
erroneamente, mas ao prazer que é ausência
de sofrimentos físicos e de perturbações da
alma.*

Epicuro (Carta sobre a Felicidade).

*Essas pessoas vivem a vida como um processo,
como um fluxo de energia, uma transformação.
A vida rígida, estática, não atrai mais.*

Carl Rogers

*A vida é breve
A arte é longa
A oportunidade é fugidia
A experimentação é perigosa
O julgamento é difícil*

Hippocrates

Alguns princípios do método de Hippocrates:

- *Um grande feito na Arte é a capacidade de observar*
- *Observe tudo... Combine o contraditório*
- *Estude o paciente mais do que a doença, seus hábitos, mesmo seu silêncio...
se ele sofre da perda de sono... o conteúdo e a origem de seus sonhos...*
- *Avalie honestamente. Assista a natureza.*
- *Para as doenças, tenha o hábito de ajudar ou, pelo menos, não causar danos.*

Dedico este trabalho ao conhecimento maior, em geral invisível, difícil de ser mensurado, porque também qualitativo e dinâmico. Dedico a essa plenitude do todo, expresso pelos sentimentos e emoções, pelas cores, pela linguagem musical, pelos laços de felicidade na representação de meus pais, Wilson e Rosalva, meu marido Valter, meus filhos, Luiz Guilherme, Manuela e Leonardo, familiares e amigos.

Dedico esse trabalho àqueles que construíram pouco ou ainda não tiveram chance de experimentar essas essências. Quem sabe, em algum tempo, essas energias se cruzem para eles... Se há mistério, existe a esperança da busca para o entender.

AGRADECIMENTOS

Reformas atuais no meu pensamento, fruto das reflexões desse momento de contemplação, após longos anos de inércia para atender compromissos familiares e profissionais, permitiram-me entrever um mundo único e indissociável, onde tudo se relaciona, se interage e se influencia. Ao construir esse trabalho pude visualizar meu eu querendo expressar o invisível e impalpável, acreditando na busca do conhecimento como o bem maior para a solução de nossos problemas. O momento atual é o de abrir os compartimentos e convidar a todos para visitá-los e entrever o todo em suas conexões: contextualizar.

Nesse momento de término de um trabalho acadêmico, para mim muito mais um projeto de vida inacabado, utilizo esse espaço para agradecer a tudo e a todos, na pessoa daqueles que estiveram diretamente envolvidos durante sua realização.

Ao professor Marco Aurélio Da Ros, co-orientador próximo, com seu ver formativo bem elaborado, no meu momento de incursão nos conhecimentos da Educação Médica, da Medicina Psicossocial e da Epistemologia, minha admiração pela capacidade de atender a todos expressando o bem maior, a felicidade.

Ao professor Luiz Roberto Agea Cutolo, amigo que me fez despertar para a chance do mestrado interdisciplinar, pela sua sensibilidade na arte da comunicação e pela simplicidade na expressão da solidez de seus propósitos de vida e de trabalho.

Ao professor Demétrio Delizoicov, meu respeito e estima à sua postura científica e aos ensinamentos durante o curso de mestrado que me permitiram desmistificar o conhecimento que é ensinado como pronto, assim como a neutralidade do conhecimento científico. Suas idéias foram pertinentes para construção de um novo raciocínio para o projeto dessa dissertação.

À professora Nadir Ferrari, cooperando desde a seleção até o término desse trabalho, pela sua compreensão e pelo seu acreditar nesse processo de construção.

À Comissão de Seleção do Mestrado em Educação pela organização das provas; aos professores José Angotti, Nadir Ferrari e Érika Zimmermann pelas posturas de acreditar no potencial da construção de um profissional, no seu todo e não apenas no fragmento de um projeto isolado.

Às professoras Sílvia Maestrelli, Vivian Leyser da Rosa e Sandra Caponi pelas sugestões durante meus passos iniciais em busca de autores para fundamentar minhas idéias.

Aos professores: Ida Mara Freire, Ari Paulo Jantsch, Selvino Assmann, Edel Ern, Érika Zimmermann, Luiz Peduzzi e Arden Zylbersztajn pelos ensinamentos que permitiram a construção dessa dissertação.

Ao coordenador do curso de mestrado Lucídio Bianchetti pela maturidade em flexibilizar o tempo da individualidade na produção do conhecimento interdisciplinar.

À professora Suzan Leigh Star pela gentileza de resposta de meu e-mail e iniciativa de presentear-me com um de seus livros.

À professora Ilana Löwy pela prontidão de resposta ao e-mail e sugestão de material precioso para esse estudo.

Aos professores Dora Leal Rosa e André Luiz Peixinho, pelos seus interesses nesse projeto durante minhas férias na Bahia.

À cunhada Maria Clotilde Araújo pelo seu permanente entusiasmo com literatura e filosofia e meu sobrinho Fernando Araújo Monteiro pela captação na expressão de minhas idéias para transposição de seu resumo em inglês.

À minha tia Maria Berila Conceição pela sua presença otimista e sua vontade carioca de sempre participar.

Aos meus filhos que me ajudaram na parte mais chatinha: Luiz Guilherme por ter me apresentado às normas da ABNT; Manuela que organizou as referências bibliográficas; Leonardo que, com sua habilidade e tranquilidade, salvou-me das estripulias da minha ignorância informática.

Ao meu marido Valter Rótolo da Costa Araújo meu amor a quem, com sua presença constante, de fato divide os trabalhos da casa e da educação dos filhos; e que embora goste de brincar como sendo “positivista”, porque curte os fragmentos biomédicos, as infecções e os antibióticos, jamais estabeleceu fronteira ao meu espaço/tempo e à minha liberdade de construção.

À professora de português Jussara Raitz e à Tânia Regina Tavares Fernandes pelas suas contribuições para a apresentação desse trabalho.

Aos músicos Santana, Eric Clapton e Zé Meneses pelas suas melodias e linguagens musicais, ao lado dos Beatles, também tocados sob forma de chorinho, que tanto me alegraram durante os percursos para os locais de estudo. Ao cappuccino light (3 Corações), participante dos intervalos de reflexão.

Ao ser humano que pensa, que sente, e que constrói.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| INTRODUÇÃO/APRESENTAÇÃO..... | 01 |
|-------------------------------------|-----------|

CAPÍTULO 1

| | |
|---|-----------|
| EPISTEMOLOGIA: O DESAFIO DE SUA TRANSFORMAÇÃO..... | 11 |
|---|-----------|

| | |
|--|----|
| 1.1 DADOS HISTÓRICOS | 16 |
| 1.2 OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS | 19 |
| 1.3 SOCIOCONSTRUTIVISMO: CATEGORIA ESTILO DE PENSAMENTO | 25 |
| 1.3.1 Resgate histórico | 27 |
| 1.3.2 Perspectiva epistemológica de Fleck: socioconstrutivismo | 30 |
| 1.3.3 Fleck e a formação de um fato científico | 33 |
| 1.3.4 Categoria epistemológica de Fleck: Estilo de Pensamento | 35 |
| 1.4 SOCIOINTERACIONISMO: CATEGORIA OBJETO FRONTEIRA..... | 40 |

CAPÍTULO 2

| | |
|--|-----------|
| EDUCAÇÃO MÉDICA: PROPOSTA DE MUDANÇA DE ESTILO DE PENSAMENTO..... | 46 |
|--|-----------|

| | |
|---|----|
| 2.1 ESTILO DE PENSAMENTO EMERGENTE EM EDUCAÇÃO MÉDICA..... | 49 |
| 2.2 EDUCAÇÃO MÉDICA: PROBLEMAS ATUAIS | 59 |
| 2.3 FORMAÇÃO DO MÉDICO NO BRASIL..... | 64 |
| 2.3.1 Formação do médico especialista..... | 68 |
| 2.4 ESPECIALISTAS MÉDICOS: ESTILOS COLETIVOS DE PENSAMENTO | 71 |
| 2.5 COMUNICAÇÃO ENTRE ESPECIALISTAS MÉDICOS: OBJETO FRONTEIRA | 72 |

CAPÍTULO 3

| | |
|---|-----------|
| SAÚDE: TENDÊNCIAS ATUAIS: O HOMEM BIOPSISSOCIAL..... | 75 |
| 3.1 CRISE NO SISTEMA DA SAÚDE..... | 79 |
| 3.2 CONCEPÇÃO DO BINÔMIO DE SAÚDE-DOENÇA..... | 82 |
| 3.3 UNICAUSALIDADE E MULTICAUSALIDADE DAS DOENÇAS..... | 84 |
| 3.4 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE..... | 88 |

CAPÍTULO 4

| | |
|---|-----------|
| A CONSTRUÇÃO DAS DOENÇAS PARA EXPLICAR A TRIÁDE DOS SINTOMAS: DEPRESSÃO, INSÔNIA E DOR | 90 |
| 4.1 SINTOMAS: CONCEITOS..... | 92 |
| 4.2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS DORES CRÔNICAS | 96 |
| 4.3 OLHARES DIFERENTES: AS SÍNDROMES | 98 |
| 4.3.1 Fibromialgia | 98 |
| 4.3.2 Síndrome da Dor Miofascial Regional..... | 106 |
| 4.3.3 Síndrome do Esforço Repetitivo (SER) (LER-DORT no Brasil) | 107 |
| 4.3.4 Síndrome da Fadiga Crônica (SFC) ou (CFS em Inglês)..... | 108 |
| 4.3.5 Síndromes Depressivas | 110 |
| 4.4 SUPERPOSIÇÃO (OVERLAP) COMORBIDADE ENTRE AS SÍNDROMES | 114 |
| 4.4.1 Fibromialgia: Análise Crítica..... | 115 |
| 4.4.2 Fibromialgia no Brasil..... | 118 |
| 4.4.3 Prevalência no gênero mulher..... | 120 |
| 4.5 DESORDENS DE SOMATIZAÇÃO: DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS | 124 |

CAPÍTULO 5

| | |
|--|------------|
| CONSTRUÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS | 128 |
| 5.1 OBJETO FRONTEIRA E COLETIVOS DE PENSAMENTO | 135 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 148 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 158 |
| ANEXO | |

RESUMO

A proposta de análise da relação entre a formação do conhecimento médico especializado e sua aplicação na construção das doenças foi mais além, estendendo-se à pesquisa de um instrumento que pudesse proporcionar a interação conjunta dos diferentes especialistas. Pesquisou-se a categoria *Objeto Fronteira*, descrita por Star (1989), como instrumento para traduzir e articular a linguagem de comunicação entre diferentes coletivos. Para realizar esse estudo, foi escolhida a tríade dos sintomas composta por depressão, insônia e dor crônica que acomete um grande número de pacientes estressados que procuram os consultórios médicos. A pesquisa documental tem mostrado que, para esses três sintomas, os pacientes podem receber diferentes diagnósticos (síndromes), que têm alta prevalência no sexo feminino, se superpõem e são questionados quanto a serem doenças psicossomáticas. Observa-se que os critérios diagnósticos costumam ser, em geral, restritos a um sintoma de destaque na área de estudo do especialista requisitado. Foram selecionadas para estudo: a síndrome de fibromialgia, que se manifesta por dores crônicas e que é descrita pelos reumatologistas; a síndrome da fadiga crônica, por fadiga pós-infecções, pelos infectologistas; a síndrome da dor miofascial regional, por dores localizadas, pelos ortopedistas; a síndrome do esforço repetitivo, por sintomas relacionados às ocupações, pelos médicos do trabalho; as síndromes depressivas, por depressão, pelos psiquiatras. Esta forma de construção de doenças, tipo fragmentada, compartimentada em especialidades e assuntos biomédicos, pôde ser considerada fruto do modelo de educação e pós-graduação médicas do século XX. Tal prática pode ter dificultado a formação dos especialistas, para desenvolver capacidades, de articular, simultaneamente, elementos biomédicos (físicos) com elementos psicossociais que possam interferir na fisiologia, na expressão orgânica ou na representação das doenças. O estudo dos elementos que compõem a categoria epistemológica *Estilo de Pensamento* (Fleck, 1935) permitiu classificar os médicos especialistas como compondo diferentes *Coletivos de Pensamento*. A tríade dos sintomas como depressão, insônia e dor crônica pôde ser considerada como *Objeto Fronteira*, pois se trata de assunto que atende a diferentes *Estilos de Pensamento*. Busca-se, pois, uma maior definição na linguagem de tradução e na comunicação entre os diferentes especialistas, quanto aos critérios que possam explicar em conjunto a essência e a realidade dos problemas dos pacientes. Esse trabalho sugere que a dificuldade em se explicar a fisiopatologia das doenças psicossomáticas pode estar relacionada a uma prática de consultas compartimentadas em assuntos especializados, com hegemonia dos assuntos biomédicos, dissociados das histórias de vida dos pacientes. Entende que a prática atual não contempla o modelo contemporâneo que propõe a avaliação biopsicossocial do paciente.

ABSTRACT

The proposal of the analysis of the relationship between the formation of the specialized medical knowledge and its application in the construction of diseases has been further extended to the search of an instrument that can provide the interaction of subjects of common interest to the different specialists. This study focuses on the boundary object, an instrument described by Star (1989), which serves the purpose of articulating the language of communication among different collectives. In order to accomplish this goal we chose the triad of symptoms – depression, insomnia, and chronic pain – that attack a great number of patients under stress who end up seeking medical attention. Research of the literature reveals that patients receive different diagnosis for these three symptoms, such as syndromes with high female prevalence, which, in turn, might overlap or be confused with psychosomatic diseases. The criteria used in the determination of such diagnosis are usually restricted to one special symptom in the specialist's area of expertise. Therefore, the following syndromes were selected for the present study: the Fibromyalgia syndrome with diffuse and chronic pain, described by the rheumatologists; the Chronic fatigue syndrome with post-infections fatigue, reported by infectious diseases physicians; the Regional Miofascial pain described like tender points by the orthopedic surgeons; the Repetitive Stress Injury described like work-related injuries by the occupational health physicians, and Depressive syndromes reported by the psychiatrists. This kind of disease construction is currently explained by the medical education and post-graduation model in the XX century, which is considered fragmented, due to its division in many courses and specialties. This practice may have rendered the specialists unable to link simultaneously the biomedical and psychosocial elements that might interfere in the physiology and in the organic expression of the diseases. The study of the elements that are a component of the epistemology category thought style (Fleck,1935) made it possible to classify the specialists as being part of different thought collectives. The triad of symptoms “depression, insomnia, and chronic pain” could be classified (or treated) as boundary object, since it attends to different thought styles. It is a subject that requires a broader definition in the language of communication among different specialists, about the criteria that might explain the essence and the reality of these patients's problems. This study suggests that the difficulty in explaining the physiopatology of psychosomatic diseases can be related to the practice of compartmentalized consultations in specialized issues, with the hegemony of biomedical issues, and dissociated to the life history of patients. In addition, this study indicates that the current medical practice does not contemplate the contemporaneous model, which recommends the patient's biopsychosocial evaluation.

INTRODUÇÃO / APRESENTAÇÃO

Pensar nas doenças como formas de construções científicas estruturadas numa realidade fruto das relações sociohistóricas hegemônicas daquele momento, é uma atitude que requer a formação de um pensamento elaborado. A dimensão do sistema de diagnóstico e classificação das doenças pode resultar em diferentes significados emocionais, sociais, jurídicos e econômicos e repercutir de diferentes modos para a vida em sociedade. Para contemplar esse modelo, foram necessários estudos documentais e análises comparativas, sob diferentes ângulos, associados às minhas experiências práticas.

Apesar de tema novo, a curiosidade de compreender a linguagem de comunicação entre cientistas com origens e formações diferentes e de como eles constroem os conhecimentos sempre habitou meu pensamento. Surgiam também, dúvidas sobre a validação dos ensinamentos que recebi como prontos, sobre conhecimentos que podiam permanecer invisíveis ou que não tivessem comprovação científica. No entanto, esses assuntos, em geral, não eram compartilhados dentro da minha categoria profissional de médica. Foram questões que permaneceram em lista de espera, frente à expansão galopante da quantidade de informações de assuntos de Medicina, que se necessita absorver e modelar. Mas esse interesse permaneceu latente e, sempre que pude, tentei aprofundar-me nesse contexto.

A oportunidade para o estudo desses assuntos, e saber que eles também eram do interesse de muitos, surgiu durante o curso de Mestrado em Educação. Foram iniciados os primeiros contactos sistematizados com Filosofia e o despertar para o conhecimento da Epistemologia. Surgiram idéias como as de que novas propostas epistemológicas tornam-se difíceis de serem aplicadas em pessoas que receberam formações com modelos diferentes.

Ao efetuar um recorte para entender o modelo de atuação dos colegas médicos, intensificou-se minha reflexão de que os profissionais atuam da forma que seus momentos sociohistóricos lhes permitem aprender ou entender. Solidificou-se o meu pensar sobre as dificuldades na comunicação entre os especialistas médicos que foram ensinados a estudar e a

trabalhar seguindo o modelo cartesiano, fragmentado e compartimentado dentro das disciplinas de suas especialidades. Comecei a questionar como poderão eles se adequar ao novo modelo proposto que visa a atingir o entendimento do todo de cada paciente, se suas mentes não foram desenvolvidas para contextualizar os saberes e integrá-los em seus conjuntos e o que propor para minimizar esse problema.

Na Declaração de Edimburgo (1988) que foi firmada por diferentes representantes de escolas médicas internacionais pode-se ler: *“O homem, porém, necessita mais do que apenas da ciência e, por isso, os educadores médicos devem visar às necessidades de saúde da raça humana como um todo, e de cada pessoa, também como um todo”*. (Cópia da declaração pode ser lida em folhas anexas).

Entretanto, a dificuldade para atender a esse objetivo pode ser entendida nos dizeres de Edgar Morin (2000). Ele salienta a inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados quando esses enfrentam realidades ou problemas que se fazem cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários. E chama a atenção a fatores importantes que ele considerou *como invisíveis* (grifo meu):

- *os conjuntos complexos;*
- *as interações e retroações entre partes e todos;*
- *as entidades multidimensionais;*
- *os problemas essenciais.*

Esse mesmo autor denomina de *“hiperespecialização como a especialização que se fecha em si mesma sem permitir sua integração em uma problemática global ou em uma concepção de conjunto do objeto que ela considera apenas um aspecto ou uma parte”*. (MORIN, 2000, p.13). Acrescenta que, desse modo, um hiperespecialista fica impedido de ver o global que estudou dividido em partes e também o essencial que se diluiu durante essa separação. E conclui que os problemas essenciais nunca são parceláveis, que os problemas globais são cada vez mais essenciais e que deixam de ser pensados em seus contextos e em suas complexidades.

O interesse sobre esses temas gerais como o estudo da construção do conhecimento científico e as consequências pertinentes à sua fragmentação, em especial quanto à formação dos especialistas médicos, cresceu substancialmente quando enfrentei na prática médica, dificuldades para avaliar os pacientes. A forma como eu havia aprendido não dava mais conta. Necessitava de um novo equilíbrio. Observei que o modelo de consulta que aprendi a aplicar, como especialista, reproduzia apenas uma avaliação parcial dos pacientes, o que podia comprometer a eficiência do resultado. As consultas médicas especializadas, em geral, são impessoais, compartimentadas, muitas vezes, a um dos fragmentos biológicos do corpo humano. Surge a hipótese de que: o hábito de não se pesquisar a relação entre os achados biomédicos das partes examinadas com o restante do corpo e de não se buscar entender a representação desse problema do paciente em sua inserção ambiental pode gerar diagnósticos que não expliquem o problema do paciente em sua integridade. Resultou o pensamento lógico de que, para esse modelo de consultas especializadas, as construções diagnósticas só poderiam abranger dados que fossem pesquisados durante suas práticas.

Ludwik Fleck (1986, p.152), quando escreveu sua monografia, em 1935, disse que “*o selo estilístico de seu respectivo pensar se mostra na forma de cada aplicação*”. A reflexão sobre essa afirmativa levou-me a analisar a relação do modelo de Educação Médica que recebemos através do resultado expresso por nossa prática atual e questionar se essa prática, como reflexo desse modelo, pode atender aos objetivos atuais.

Parte dessa resposta pode ser encontrada na Declaração de Edimburgo (1988):

“O objetivo da educação médica é formar profissionais para promover a saúde de todas as pessoas, e este objetivo, em muitos lugares, não está sendo alcançado, apesar de enorme progresso das ciências biomédicas neste século”. Essa idéia de que o modelo das consultas médicas repercute no modelo de construção das doenças começou a se tornar mais freqüente. No modelo atual, os médicos habituaram-se a direcionar suas pesquisas visando obter ou afastar um diagnóstico de doença orgânica, muito mais do que admitir uma perturbação na saúde de seus pacientes. Desse modo, os sintomas, em geral, costumam ser muito mais correlacionados com sofrimentos físicos do que como expressão de componentes psicossociais. A sensação de dor, por exemplo, recebe uma conotação mais freqüentemente como expressão de perturbação de origem orgânica, do que como expressão do resultado de um

distúrbio que resulta da combinação entre o que sente e o que expressa o emocional do paciente. Nesse modelo de avaliação, pode-se deixar de admitir a relação dos sintomas com possíveis manifestações de distúrbios psicossomáticos.

Esse assunto foi se estruturando à medida que constatava a existência de uma construção diagnóstica nova (1990), a síndrome¹ de fibromialgia fora das configurações habituais de doença orgânica explicada por exames convencionais. Essa síndrome se manifesta pelo sintoma de dores crônicas, que podem incapacitar o paciente, embora todos os exames permaneçam sempre normais. Apesar de existirem outros sintomas como fadiga, ansiedade, depressão, cefaléia e insônia, eles não são incluídos como critérios diagnósticos. A importância da alta incidência desses sintomas pode ser verificada quando Clauw (2001), no capítulo que versa sobre Fibromialgia do *Primer on the Rheumatic Disease*, publicação oficial da Arthritis Foundation, afirma que, durante a vida, a incidência de co-morbididades psiquiátricas nos pacientes com fibromialgia atendidos nos centros de cuidados terciários atinge percentuais de 40 a 70%. (CLAWN, 2001, p.190).

Confesso que, para o modelo de aprendizado que recebi, ficava até difícil acreditar em fibromialgia como um processo independente, definido através de critérios subjetivos expressos pelas dores dos pacientes e interpretados pelos médicos. Essa dificuldade aumentava para entender o subjetivo dos pacientes quando estavam licenciados e com benefícios concedidos pelo estado. Passei a estudar melhor a construção diagnóstica da fibromialgia quando, após traduzir a brochura educativa sobre fibromialgia publicada pela Arthritis Foundation, comecei a me comunicar com os pacientes e escutar suas histórias de vida. Fiquei surpresa com a participação, por e-mail, dos pacientes que recebiam o diagnóstico de fibromialgia e que tiveram acesso àquela brochura. Diante desses estímulos intelectuais, surgiu o interesse em buscar respostas para as dúvidas dos pacientes e constatar que a avaliação limitada ao biomédico, por si só, não era suficiente para permitir chegar com segurança ao diagnóstico de fibromialgia. Além das dores crônicas e difusas que esses pacientes apresentam e que se constituem no critério principal dessa síndrome, existem componentes importantes de angústia além de sintomas de distúrbios do humor (tipo

¹ Síndrome: estado mórbido caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas, e que pode ser produzido por mais de uma causa. (Costeira, em CD, Termos e expressões da prática médica, 2002).

depressão) e do sono (insônia), que só podem ser percebidos se colhidos os seus hábitos e suas histórias de vida (avaliação do psicossocial).

Assim pôde ser construído um novo patamar e, aos poucos, fui modificando o modelo de consulta, incluindo, além da pesquisa do biomédico, a pesquisa do psicossocial e suas representações para o paciente; comecei a enxergar a construção das doenças de forma diferente e entender que podia valorizar os dados em que acreditasse para, desse modo, poder me empenhar em pesquisa-los. Essa nova concepção sobre o modo de construção das doenças e a lembrança de que muitos dos sintomas expressos pelos pacientes denotam suas subjetividades passaram a ser assuntos de grande interesse para mim. Não podia deixar de querer pesquisar uma possível correlação dos sintomas físicos, como os de dores/fadigas crônicas, que não possam ser explicados convencionalmente, com a subjetividade do paciente, expressa por sintomas com conotações também qualitativas e psicoemocionais.

Pareceu-me que, se pesquisados, os distúrbios psicoemocionais e suas conotações socioculturais afetavam mais os pacientes do que as dores, que eram o motivo da consulta ao reumatologista. Na história de vida de muitos deles, existiam situações e/ou acontecimentos desagradáveis que eles referiam como difíceis de conviver e que pareciam preceder seus sintomas e dificultar suas respostas ao tratamento.

Voltei a questionar sobre as bases em que os médicos são formados e qual o médico que foi preparado para atender a esse tipo de paciente, que apresenta simultaneamente sintomas considerados como de natureza física como a dor, sintomas de natureza psicoemocional como os distúrbios do humor e mudanças de hábitos como os distúrbios do sono.

Procurei resposta para essas dificuldades em se trabalhar com a complexidade do paciente e poder valorizar os fatores que compõem o contexto de suas vidas. De acordo com Morin, essas dificuldades podem ser entendidas pela separação entre a cultura das humanidades e a cultura científica. Para ele, esse estado deve ser entendido como um desafio cultural. Ele descreve as diferenças entre essas culturas como:

“A cultura humanística é uma cultura genérica, que, pela via da filosofia, do ensaio, do romance, alimenta a inteligência geral, enfrenta as grandes interrogações humanas, estimula a reflexão entre o saber e favorece a integração pessoal dos conhecimentos. A cultura científica, bem diferente por natureza, separa as áreas do conhecimento; acarreta admiráveis descobertas, teorias geniais, mas não uma reflexão sobre o destino humano e sobre o futuro da própria ciência”. (MORIN, 2000, p.17).

Em seguida, pude observar que outros especialistas publicavam outros diagnósticos independentes, para explicar pacientes que, em suma, pareciam semelhantes àqueles que nós reumatologistas rotulávamos como tendo fibromialgia. Surgiu o raciocínio de que, para modelos de consultas especializadas e fragmentadas e para olhares diferentes, podiam surgir construções diagnósticas também diferentes. E a questão de que esses especialistas pudessem estar expressando visões diferentes de um mesmo princípio.

Esses assuntos induzem uma avaliação do paciente em sua representação biopsicossocial e também coincidem com as novas posturas epistemológicas que propõem integrar as partes com o todo. Foram eles que me incentivaram a buscar a literatura e entender como estão sendo tratados.

Ao longo do estudo das disciplinas que o curso de mestrado me proporcionou, comecei a definir uma proposta de trabalho para investigação. Ela foi construída diante da nebulosidade do tema fibromialgia, diante das dificuldades em se classificar os pacientes com queixas de dores persistentes e com difícil resposta terapêutica, diante das diferentes linguagens de comunicação entre os diferentes especialistas, diante das dúvidas sobre a conformação das doenças psicossomáticas. Estaríamos nós diante de diferentes pontos de vista frente a um mesmo problema? Qual a proposta de trabalho que poderia integrar os diferentes especialistas que estudam esses temas?

Com o intuito de atender a esse objetivo e de recortar esses temas, selecionei para estudo uma tríade de sintomas comuns a muitos pacientes que são: os sintomas de **depressão**

(desordens do humor), os sintomas de **insônia** (distúrbios do sono) e os sintomas de **dores e/ou fadigas crônicas** que denotam alterações físicas. Como sintomas, relacionam-se à subjetividade dos pacientes e suas expressões podem receber diferentes conotações e diferentes representações físicas, psicoemocionais e socioculturais. Para que possam ser definidos, articulados entre si e integrados ao todo do paciente, dependerão de uma prévia experiência combinada com a teoria, a atitude de pesquisá-los e de como interpretá-los.

A avaliação clínica dessa tríade de sintomas pode levar à construção de diferentes síndromes. **Várias síndromes estão sendo construídas por diferentes especialistas, que reconhecem entre si a presença de fatores em comum a todas elas** como sua **alta prevalência no sexo feminino**, suas **possíveis relações com as doenças psicossomáticas** e o **reconhecimento de que existe superposição** entre elas. Essa realidade induz à necessidade de um estudo mais abrangente que possa ser composto pelos especialistas que descrevem essas síndromes. Cito algumas delas e relaciono-as com alguns dos respectivos especialistas médicos que a descrevem ou que convivem com elas: a **fibromialgia e os reumatologistas**; a **síndrome da dor miofascial regional e os ortopedistas**; a **síndrome da fadiga crônica e os infectologistas**; a **doença osteomuscular relacionada ao trabalho e os médicos do trabalho**; as **síndromes depressivas como a depressão maior e os psiquiatras**; as **cefaléias de tensão e as enxaquecas e os neurologistas**; a **síndrome do intestino irritável e os gastroenterologistas**.

Como essas diferentes síndromes podem ser diagnosticadas simultaneamente, para um mesmo paciente ao consultar especialistas, pode gerar várias implicações, seja de caráter emocional, como pericial, social e econômico. Por exemplo, um mesmo paciente poderá receber benefício quando seu diagnóstico for o de uma das síndromes relacionadas a esforços repetitivos com vínculo ocupacional e deixará de receber se o diagnóstico for o da fibromialgia. Para cada uma dessas síndromes podem estar sendo valorizados aspectos não específicos, que estão relacionados aos assuntos especializados que foram compartimentados.

Quando se busca uma explicação para entender essas diferentes vertentes dos profissionais de uma mesma categoria, percebe-se que, embora os médicos especialistas recebam, durante seus cursos de graduação, uma formação semelhante, parece ser, durante

seus cursos de pós-graduação, que acontece o principal mecanismo de separação entre eles. (FEUWERKER, 2001). Nessa fase, eles podem se caracterizar como um diferente modo de pensar. Pretendo estudar, se posso, considerar os médicos com especialidades diferentes como tendo construído diferentes *Estilos de Pensamento* através da categoria epistemológica descrita pelo médico Ludwik Fleck. Esse autor estudou a formação do pensamento científico e estabeleceu critérios teóricos e práticos para compor essa categoria. Será questionado se os diferentes especialistas médicos podem ser considerados como compondo diferentes Coletivos de Pensamento, se puder ser constatado que expressam e se comportam como defensores de diferentes Estilos de Pensamento.

Frente a essa situação de que diferentes especialistas médicos podem estar descrevendo diferentes síndromes para explicar um grupo de pacientes semelhantes, procurei pesquisar um instrumento que pudesse congrega esses especialistas a trabalharem em conjunto e esclarecer as semelhanças e diferenças desses temas.

A proposta desse trabalho com diferentes especialistas visa proporcionar uma linguagem de comunicação harmoniosa dos diferentes olhares sobre um problema comum entre eles. Essa possibilidade surgiu ao deparar-me com uma categoria denominada de Objeto Fronteira. Ela foi inicialmente descrita por Star, sociointeracionista, como sendo um caminho para trabalhar a tensão entre os divergentes pontos de vista. **Surge quando se pretende construir uma relação estável entre diferentes profissionais que pertencem a comunidades fronteiriças e compartilham um mesmo objeto.** Com frequência esse tipo de trabalho pode permanecer invisível para a tecnologia e a ciência tradicional; objetiva organizar atividades que incluem conflitos de grupos que discutem a natureza do sistema de classificação e de suas categorias. (BOWKER e STAR, 2000).

Ao desenvolver esse tema e tentar visualizar se estaria ou não frente a um possível *Objeto Fronteira*, esse estudo foi definido como uma pesquisa qualitativa documental, que procura saber como estão sendo tratados esses assuntos e o que se pode propor para que sejam aceitos e analisados em conjunto pelos diferentes especialistas. Para realizar essa pesquisa selecionei textos e artigos recentes, a grande maioria na língua inglesa. Trata-se de assunto novo, que foi descrito inicialmente por médicos americanos, embora já se constitua em tema universal. As publicações no Brasil começam a surgir, e seguem, em geral, o modelo dos

estudos americanos. O modelo de Educação Médica no Brasil é originário do modelo de Flexner que foi aplicado previamente nos Estados Unidos. A síndrome de fibromialgia, que será tomada como referência, foi primeiramente descrita por médicos, especialistas em reumatologia, representados pela sociedade médica americana American College of Rheumatology.

Escolhi o tipo de letra *itálico* para reproduzir afirmativas de outros autores e em **negrito** para destacar termos ou frases que considere de maior interesse para se entender o propósito desse trabalho. As traduções do inglês para o português e do espanhol para o português foram realizadas por mim. Utilizei as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), 2001, NBR nº 10520 para apresentar as citações e as normas publicadas pela Universidade Federal do Paraná, sistema de bibliotecas, ano 2000, para a apresentação das referências bibliográficas.

A seguir, apresento os capítulos sob forma resumida:

CAPÍTULO 1 - Apresentação teórica das concepções que dominam o **modelo epistemológico** atual com as propostas e os desafios que buscam suas transformações. Apresentação de Ludwik Fleck como autor que fundamenta parte dessa pesquisa, sua linha de pensamento **socioconstrutivista** na **formação de um fato científico**, suas **categorias epistemológicas**, em especial a de *Estilo de Pensamento*. Introdução ao modelo epistemológico do tipo **sociointeracionista** e apresentação de sua categoria *Objeto Fronteira (Boundary Object)*, como **instrumento** proposto para ser trabalhado na interseção dos diferentes coletivos: os *mundos sociais (social worlds)* ou *comunidades em prática (communities of practice)*.

CAPÍTULO 2 - Escolha de temas que caracterizam os *Estilos de Pensamento* atuais propostos para a **Educação Médica**; os problemas relacionados à **fragmentação do conhecimento, do ensino e do trabalho** e suas conseqüências para a **pós-graduação médica e formação de especialistas**; relato de **propostas emergentes**.

CAPÍTULO 3 - Discussão sobre os **problemas atuais dos sistemas de saúde** e sobre as propostas de mudanças para avaliação do homem como um ser **biopsicossocial**. Apresentação de temas como **concepção do binômio de saúde/doença; unicausalidade e multicausalidade; da relação médico/paciente.**

CAPÍTULO 4 - Apresentação de modelo construído para ser analisado: a **triáde de sintomas de depressão, insônia e dor**, que configura a expressão de um grupo de sintomas que acometem muitos pacientes na atualidade. Apresentação e discussão sobre algumas das síndromes que estão sendo construídas para explicar esses e outros sintomas que, até o momento, não são traduzidos pelas técnicas de exames convencionais: a **síndrome de fibromialgia, a síndrome da dor miofascial regional, a síndrome do esforço repetitivo, a síndrome da fadiga crônica, as síndromes depressivas**. Discussão a respeito da **superposição (overlap)** entre essas síndromes e fatores que são levantados para explicar essa **comorbidade: maior incidência no sexo feminino**, questionamentos sobre classifica-las como **doenças psicossomáticas, propostas de estudar as relações entre o orgânico e o psicosocial, admitir as influências culturais em suas representações e avaliar os componentes multifatoriais para explicar suas formas de apresentação.**

CAPÍTULO 5 - Discussão baseada na visão de diferentes autores, em diferentes momentos e de diferentes lugares, sobre as **implicações dos diagnósticos e da nomenclatura das doenças**. Proposição da categoria *Objeto Fronteira* como instrumento mediador para facilitar a **comunicação e interação entre os diferentes especialistas médicos, diferentes Estilos de Pensamento** compondo diferentes *Coletivos de Pensamento*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

CAPÍTULO 1

EPISTEMOLOGIA – O DESAFIO DE SUA TRANSFORMAÇÃO

Um marco do século XX se caracterizou por sua instabilidade frente aos questionamentos e **propostas de transformações das teorias** que comandaram durante muitos anos e que foram classificadas como cartesianas, por acreditarem em suas extremas regularidades e precisões. **Mudanças científicas puseram em dúvida essas regularidades, negaram as neutralidades que anteriormente eram conferidas aos sujeitos e aos objetos nas pesquisas científicas** e hoje clamam por mudanças que poderão se estender a todas as áreas do conhecimento e que parecem ser de grande interesse nesse século que se inicia, o século XXI. Edgar Morin afirma que reina em nós um paradigma profundo e oculto que governa nossas idéias sem que percebamos. Refere também que temos gravadas em nós formas de pensamento que nos levam a reduzir, a separar, a simplificar e a ocultar os grandes problemas. E ressalta: *“Cremos ver a realidade, em realidade vemos o que o paradigma nos pede para ver e ocultamos o que o paradigma nos impõe a não ver”*. (MORIN, 1996, p.276). Segundo esse autor, estamos vivendo uma revolução paradigmática, uma revolução nas premissas do pensamento, mas que, para efetivar as mudanças propostas, necessita de muito tempo, já que existe uma complexidade que se dá através de um emaranhado de ações, de interações e de retroações. (MORIN, 1996, p.274-285).

A **história** mostra que as crenças e as concepções construídas pelo homem determinam a teoria e a prática que dominam suas épocas e que se propagam por todas as áreas do conhecimento. Surgem questionamentos frente às mudanças de **conceitos epistemológicos**² determinados pelas pesquisas científicas e de como elas repercutem na vida e no universo.

²Como o termo epistemologia (episteme = ciência e logia = estudo) não era familiar, nem para mim, nem para vários colegas médicos, reproduzo, em resumo, a definição encontrada no Dicionário Básico de Filosofia: “a *disciplina que toma as*

Discussões epistemológicas se acentuaram no final do século XX e surgem propostas de mudanças que enfocam transformações nas relações do ser com o mundo e na natureza do saber. As novas abordagens entendem que o todo e a parte se influenciam reciprocamente, o observador passou a ser participante ativo no resultado da observação e o conhecimento do mundo não mais foi olhado como uma visão exata de uma fotografia, mas de sua interpretação.

Morin diz que o enfraquecimento de uma percepção global leva ao **enfraquecimento de responsabilidade e da solidariedade**. Refere-se à competência restrita dos especialistas a seus campos técnicos e que esta se vê perturbada quando surgem influências externas ou um novo acontecimento. Comenta que, embora **os desenvolvimentos disciplinares das ciências tenham trazido as vantagens da divisão do trabalho, trouxeram também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento e do despedaçamento do saber**. Considera como problema o fato de nosso **sistema de ensino, ao invés de corrigir esse tipo de desenvolvimento, submete-se a ele**. Conclui que esse sistema não estimulou o **conhecimento que ele chamou de pertinente, que é capaz de situar qualquer informação em seu contexto e, quando possível, no conjunto em que se insere**. Refere-se à economia como sendo ao mesmo tempo uma ciência avançada matematicamente e a mais atrasada humanamente. (MORIN, 2000, p.15-19) Cita Hayek: *“Ninguém pode ser um grande economista se for somente um economista. Um economista que só é economista torna-se prejudicial e pode constituir um verdadeiro perigo”*. (HAYEK, apud MORIN, 2000, p.16).

Diante dessas profundas propostas de transformações, Morin questiona se no século XX começou uma revolução paradigmática. Ele diz que, quando alguém se depara com um problema, é porque se considera estar diante de uma **complexidade**. Hoje o homem se depara com **problemas de comunicação**, que podem decorrer do intenso processo de especialização e pela falta de uma **visão geral da totalidade**. Sua **formação especializada**, que compartimentou seus conhecimentos, deixou de trabalhar as interfaces entre os fragmentos e,

ciências como objeto de investigação tentando reagrupar: a crítica do conhecimento científico, a filosofia das ciências e a história das ciências”. (JAPIASSÚ, H., MARCONDES, D., 2001, p.84-85).

como tal, impediu-o de articulá-los. A teoria e as práticas vigentes, classificadas por Morin como disjuntivas e redutoras, incentivaram a **fragmentação do conhecimento** e podem ter determinado os problemas que são analisados nos dias atuais e que também se articulam com parte do objeto de meu estudo: a visão da saúde em consequência da fragmentação da Educação Médica. Para Morin, a dificuldade que temos para entender a complexidade supõe um fenômeno histórico e cultural no qual nos encontramos e que atribui ao fato de, na escola, aprendermos a pensar separando, quando escreve:

“Separamos um objeto de seu ambiente, isolamos um objeto em relação ao observador que o observa. Nosso pensamento é disjuntivo e, além disso, redutor: buscamos a explicação de um todo através da constituição de suas partes. Queremos eliminar o problema da complexidade”. (MORIN, 1996, p. 275).

Ele acrescenta que o homem ao tentar simplificar o mundo complexo separando-o em pedaços, fraciona os problemas e se torna incapaz de pensar sua multidimensionalidade. Pode tornar-se cego, inconsciente e irresponsável. Para ele, **a cultura** não só encontra-se recortada em peças destacadas, como também **partida em dois blocos: a cultura das humanidades e a cultura científica**. Refere que essa grande separação, que se iniciou no século XIX e se agravou no século XX, desencadeou sérias consequências para ambas: *“O mundo técnico e científico vê na cultura das humanidades apenas uma espécie de ornamento ou luxo estético....O mundo das humanidades vê na ciência apenas um amontoado de saberes abstratos e ameaçadores”.* (MORIN, 2000, p.18).

No que diz respeito a essa disjunção, delimitação e redução dos saberes, das ciências e das culturas, Morin (1996, p.281) afirma que geram uma visão mutilada e acrescenta que as pessoas que estudam o cérebro não se dão conta de que estudam o cérebro com seu espírito. Vale recortar esse tema para refletir e questionar porque as Ciências da Saúde, como a Medicina, enfrentam grandes dificuldades em integrar a cultura científica com a cultura das humanidades.

Sobre essas separações compartimentadas, num texto sobre Epistemologia da Complexidade, Morin lembra que Pascal já havia dito há três séculos:

“Todas as coisas são ajudadas e ajudantes, todas as coisas são mediatas e imediatas, e todas estão ligadas entre si por um laço que conecta umas às outras, inclusive as mais distanciadas”.

(PASCAL apud MORIN, 1996, p. 274).

O estudo da ciência mostra-se complexo quando se constata o número de variáveis que compõem a análise de um fenômeno científico contextualizado. Morin diz que como nosso modo de conhecimento isola os objetos de seu contexto natural e do conjunto do qual fazem parte, é uma necessidade cognitiva inserir um conhecimento particular em seu contexto e situá-lo em seu conjunto.

Segundo ele, “... *o desenvolvimento da aptidão para contextualizar e globalizar os saberes torna-se um imperativo da educação*”. (MORIN, 2000, p.24).

Conforme Boulos, a valorização da interferência do social foi afirmada desde Aristóteles quando comenta: “*o homem é uma criatura social; não existe vida humana separada de suas relações*”. (ARISTÓTELES apud BOULOS, 1998, p.50)

Ludwik Fleck, médico polonês, autor escolhido para fundamentar parte deste estudo, também enfatiza a importância da relação do social com o conhecimento científico e escreve que para ele não existe realidade como abstração do **sujeito** ou reflexo do **objeto**, mas somente se existir um terceiro fator, “*o estado do conhecimento*”, que interage com os outros dois. A valorização da linha de pensamento **socioconstrutivista**, na formação do conhecimento e em sua **validação científica**, foi ressaltada por Fleck (1986) que **considera o pensamento uma atividade social por excelência que não pode se localizar completamente dentro dos limites do indivíduo**. Ele se refere à fertilidade do pensamento coletivo, que se torna evidente frente à possibilidade de investigar e comparar de forma uniforme. E afirma que considera o postulado de *experiência máxima* (1986, p.98) como a lei suprema do pensar científico que se converte numa obrigação da *epistemologia comparativa*. Fleck diz que, embora possamos saber muitas coisas, nunca poderemos falar no todo ou no último quando se refere ao fundamento da construção lógica do conhecimento. E conclui: *O cominho que proporciona as idéias e verdades se mantém apenas mediante o movimento contínuo e sua interação*. (FLECK, 1986, p.98).

Outras citações reforçam a importância do social para a Medicina e para o fato de ainda não estarmos conscientes disto:

“Além e acima de qualquer coisa, Henry Sigerist tornou-se consciente do fato de que a medicina é o estudo e a aplicação da biologia em uma matriz que é simultaneamente histórica, social, política, econômica e cultural. A prática da medicina é uma parte da sociologia e um produto de fatores sociológicos. Ainda não estamos conscientes disto, e nem das inúmeras perspectivas e desdobramentos que essa visão integral pode proporcionar”. (GREGG apud DA ROS, 2000, p.8).

“Trazendo o debate do “qualitativo” para o campo da saúde, presencia-se o eclodir de questões semelhantes às do âmbito maior das Ciências Sociais (...) a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social (...). A sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas (...) Dentro desse caráter peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Isto é, o reconhecimento de que o campo da saúde se refere a uma realidade complexa, que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca, de forma imediata, o problema da intervenção”.

(MINAYO, 1989 apud DA ROS, 2000, p.9).

Esses temas que começam a ser apresentados serão discutidos adiante, situando-os em seu período histórico, analisando a repercussão das novas propostas, a extensão de suas aceitações e entender se têm sido suficientes para garantir a prática profissional com base nessa compreensão.

Após essas considerações gerais, apresento, a seguir, dados históricos que permeiam a construção das teorias científicas, para então exibir um resumo sobre os desafios contemporâneos.

1.1 DADOS HISTÓRICOS

A Teologia e a Filosofia, inicialmente aceitadas como norteadoras principais da existência humana, foram substituídas na modernidade pelos conhecimentos científicos que, através de sua produção e de sua aplicação tecnológica, conseguiram importantes avanços e transformações na organização social.

A necessidade de se transportar o estudo da ciência para uma escala trabalhável tornou habitual que sejam selecionados conceitos e parâmetros que tenham sido previamente aprovados cientificamente. Esse comportamento da comunidade científica é resumido, em nosso meio, por Peixinho em sua tese de doutorado quando enfatiza: *“a aderência a um paradigma específico é um pré-requisito absolutamente indispensável em qualquer empreendimento científico, o que implica conceber um sistema de crenças definido na área de estudo”*. (PEIXINHO, 2001, p.31).

Até finais do século XIX o progresso da ciência, representado por idéias e métodos científicos, foi visto como percorrendo um desenvolvimento linear cumulativo e explicado pela lógica e pelas neutralidades do sujeito e do objeto. Em contraste a esse regime que se tornou conhecido como **positivista**, muitos autores criticam a idéia da neutralidade da relação sujeito-objeto. Surgem alguns epistemologistas como Fleck que afirmam que a relação cognoscitiva não pode ser apenas bilateral entre o **sujeito** e o **objeto** a conhecer. Intermediando essa relação, existe um terceiro fator que compõe sua dinâmica, que é o **“estado do conhecimento”**, e que está representado pelas **relações sociohistóricas** que foram previamente incrustadas no ato de conhecer.

Delizoicov (1996, p.182) escreve que Karl Popper, Thomas Kuhn, Imre Lakatos, Paul Feyerabend e Gaston Bachelard propõem, com seus diferentes modelos interpretativos para o

ato gnosiológico, uma compreensão epistemológica classificada como **construtivista**. Negam a concepção empirista de supremacia do objeto do conhecimento, ou a concepção idealista de supremacia do sujeito do conhecimento, e defendem uma dinâmica interativa, não neutra entre esses dois elementos.

Essa idéia do conhecimento científico, como resultado de uma cooperação entre equipes, com suas variedades de pontos de vista, é, portanto, apoiada por um grupo de epistemólogos classificados como **socioconstrutivistas**. Ludwik Fleck (1896-1961) é considerado como o pioneiro do socioconstrutivismo na abordagem da História e da Filosofia da Ciência e o primeiro a sistematizar a interação entre as práticas de laboratório e as amplas questões sociais e políticas, na consolidação de **fatos científicos**'. (LÖWY,1992). Em sua monografia, *A gênese e o desenvolvimento de um fato científico* (que foi escrita originalmente em alemão), **publicada em 1935**, Fleck revolucionou os conceitos, considerados como positivistas, aceitos tradicionalmente pelos cientistas que compunham o Círculo de Viena. Fleck escreve sobre a **condicionalidade histórico cultural da suposta eleição epistemológica**. Cita, por exemplo, que o século XVI não era livre para trocar o conceito místico-ético de sífilis por um científico-natural patogênico. Em seguida, comenta que se constata *regularidades históricas específicas* no curso do desenvolvimento das idéias, que ele chamou de *fenômenos gerais característicos da história do conhecimento*. Para ele, muitas **teorias** vivem duas épocas: primeiro, uma *clássica*, na qual todos, curiosamente, concordam; e depois, uma segunda, quando as exceções começam a se fazer notar, a *época das complicações*. Refere ser evidente que algumas idéias apareçam muito antes que sejam explicadas por suas razões racionais; surgem totalmente independentes delas e que o entrecruzamento de algumas correntes de idéias pode produzir o que ele chamou de *fenômenos especiais*. Finaliza lembrando que, quanto mais sistematicamente esteja construído um ramo do saber e mais rico seja em detalhes e em conexões com outros ramos, menor será a diferença de opiniões sobre ele. (FLECK, 1986).

Fleck critica o conceito estático da teoria do empirismo lógico, ressalta o aspecto dinâmico da investigação científica e mostra como os chamados fatos médicos estavam condicionados cultural e historicamente. Este autor diz que um **'fato científico'** se torna estável dentro dos coletivos que o geraram; mas que, para ser considerado universal dentro da

complexa sociedade moderna, com múltiplas interseções e interrelações, enfrenta diferentes **Coletivos de Pensamento (CP)** divergentes, ou seja, **Estilos de Pensamento (EP)** incongruentes. Fleck definiu **EP**, pela primeira vez, num artigo escrito em 1929, como: “*Todo saber tem seu próprio Estilo de Pensamento com sua específica tradição e educação. ... cada jeito (modo) de saber seleciona diferentes questões, e as conecta com diferentes regras e com diferentes propósitos*”. (FLECK, 1929 apud CUTOLO, 2001, p.33).

Schäfer & Schnelle comentam que, em sua monografia (1935), Fleck descreve como instrumentos conceituais o *Coletivo de Pensamento (CP)* e o *Estilo de Pensamento (EP)* que resumem: “*O primeiro designa a unidade social da comunidade de cientistas de um determinado campo; o segundo, as pressuposições de acordo com um estilo sobre o qual o coletivo constrói seu edifício teórico*”. Esses mesmos autores acrescentam que, por detrás desses pressupostos, Fleck entende o conceito de que o saber não é nunca possível em si mesmo, e sim sob certas presunções sobre o objeto, que se fazem possíveis através de um produto histórico e sociológico da atuação de um coletivo de pensamento. (SCHÄFER & SCHNELLE, 1986, p.23).

Esses conceitos só vieram obter alguma repercussão após a sua morte, particularmente ao serem traduzidos para a língua inglesa pelo sociólogo Robert Merton em 1979, com o incentivo de Thomas Kuhn. Esse autor, quando escreve a introdução da tradução para a língua inglesa da monografia de Fleck, comenta que seu interesse foi despertado por aquele livro porque naquela época ele se encontrava em fase de transição de seus estudos de Física para os de História da Ciência e o livro o ajudou a compreender que os problemas que o preocupavam tinham uma fundamental dimensão sociológica.

Kuhn recebeu o reconhecimento da comunidade científica com sua publicação, *A Estrutura das revoluções científicas* (1962), onde descreveu a categoria epistemológica universalmente conhecida como **Paradigma**. O termo paradigma, em sua conotação geral, foi empregado para designar o conjunto de compromissos de pesquisa de uma comunidade científica, ou seja, uma constelação de crenças, valores e técnicas compartilhadas pelos membros de uma determinada comunidade científica (KUHN, 1978, p.226)

Existem, atualmente, grupos de estudos em Epistemologia, interessados em Sociologia Qualitativa, a “**Sociologia Interacionista**” que apesar de enriquecerem a Epistemologia Prática Construtivista orientada por Fleck desenvolveram-se, de forma independente e compartilham idéias originadas em 1910, na “Escola de Chicago”. Um deles desenvolveu-se na Universidade de Edimburgo, na Inglaterra, nos anos 70, quando Steven Shapin tentou traçar as conexões macrosociológicas entre os ‘interesses sociais’ dos grupos que produzem e validam o conhecimento. Esses grupos, conhecidos como adeptos à “Sociologia do Conhecimento Científico” (“Sociology of Scientific Knowledge ou SSK”), aspiram a se diferenciarem da ‘tradicional’ Sociologia da Ciência, que se interessava exclusivamente pelas ‘condições externas’ da produção do conhecimento. Estudam também a produção e a validação do conhecimento científico. Sociólogos oriundos da Escola de Chicago, em especial Anselm Strauss, se interessam pela *interação simbólica*, valorizando a interação entre grupos humanos, linguagens e características simbólicas da ação social. Para eles, a sociedade está sendo construída e reconstruída através de encontros, socializações, conflitos e negociações. (STAR e GRIESSEMER, 1989).

Porém, com relação à validação do conhecimento científico e aceitação das concepções da “sociologia do conhecimento científico”, não existe um consenso uniforme . Um dos exemplos são as críticas severas atribuídas por Mário Bunge ao grupo de sociólogos interacionistas, também estudiosos da Epistemologia, ao afirmar que “*esses sociólogos publicavam informações sobre dados, teorias e controvérsias biológicas, sem nada entenderem a respeito das ciências naturais*”. (BUNGE, 1991, p.72).

1.2 OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

A idéia de que a ciência se configura numa prática de construção de modelos e de que surgem novos valores num mundo em constante mutação referencia a consciência de que se forma uma nova ordem de objetos, agrupados sob o rótulo de “novo paradigma”. (Almeida Filho, 2000).

Para ilustrar refiro-me à tese de doutorado em Educação (2001) na Bahia, escrita por um médico, quando relata no capítulo com o título de **A Crise Paradigmática Atual** que, para

muitos autores, a contemporaneidade vivencia longa crise paradigmática que se iniciou no século XIX nas ciências da natureza. Esse autor apresenta como exemplo fundamental, a introdução do **conceito de evolução das espécies** por Lamarck, Darwin, De Vries, entre outros. Acrescenta que esse modo de pensar condiz com a *“compreensão do universo como um sistema dinâmico, em permanente estado de mudança, no qual as formas mais complexas derivam-se das formas mais simples, através de pressões de seleção ambiental nas variações individuais”*. (PEIXINHO, 2001, p.35). Refere-se também a conceitos da termodinâmica, relacionados à dissipação de energia sob a forma de calor, que introduziram a concepção de **processos irreversíveis**. Cita, como exemplo, que a energia mecânica, dissipada em calor, não pode ser completamente recuperada.

Para ele, a crise se estabeleceu mais amplamente no início do século XX com a superação da Física Clássica através da formulação da **teoria quântica, de Max Planck**, e a **teoria da relatividade (EINSTEIN & INFELD, 1976)**. **O modelo da Física Quântica substitui o mundo dos materiais por um complexo modelo de ondas de probabilidade.** Nesse novo modelo, as partículas não existem como entidades isoladas. **A teoria da relatividade permitiu a demonstração das partículas ou massas como forma de energia equivalente e reversível. As forças entre elas são processos de permuta.** Esse autor também menciona que os fenômenos mutuamente exclusivos, como a luz, que ora se comporta como partícula, ora como onda, permitiram a Niels Bohr criar um novo instrumento lógico: **o princípio da complementaridade.** **Esse novo princípio ordenador da ciência aceita a discrepância lógica entre dois aspectos contraditórios, mas igualmente necessários para a descrição completa de um fenômeno.** Acrescenta que, de acordo com Bohr, essa discrepância resulta de uma **interação incontável entre o objeto e o agente de observação** e que é interessante lembrar que Bohr se inspirou nos estudos da Psicologia de William James, na **coexistência de duas consciências que se ignoram completamente.** (PEIXINHO, 2001).

Os estudos de Ilya Prigogine sobre *estruturas dissipativas* abriram perspectivas para **um novo princípio chamado de ordem** que direciona a concepção de vida para novos regimes complexos, continuamente evolucionários e dinâmicos. Esse novo princípio contraria o preceito absoluto da segunda lei da termodinâmica que preconiza a morte térmica

do universo, com tendência para o acaso. Para Prigorine quando os sistemas se tornam abafados por produções entrópicas ultrapassadas, **são acionadas mudanças direcionadas a novos fins**. (PRIGORINE, 1984).

A teoria do biólogo Rupert Sheldrake se refere ao comportamento e ao desenvolvimento dos organismos como sendo moldados por campos morfogenéticos que **não podem ser identificados ou mensurados pelos métodos tradicionais**. São campos que apresentam propriedades cumulativas moduladas por modo de comportamento de organismos anteriores, da mesma espécie, seja por **conexão direta ou através de espaço e tempo, mesmo que não tenha havido formas convencionais de contato entre eles**. Para Sheldrake tal fenômeno, conhecido como *ressonância mórfica*, não se restringe a organismos vivos, mas se refere também a crescimento de cristais. (SHELDRAKE, 1972).

Para Almeida, a aplicação de *“princípios, métodos e lógicas, que às vezes não parecem congruentes entre si, sugere que um novo paradigma científico encontra-se em pleno desenvolvimento, demandando categorias epistemológicas próprias (como parece ser a categoria da complexidade), novos modelos teóricos (como a ‘teoria do caos’) e novas formas lógicas de análise como, por exemplo, a geometria fractal e os modelos matemáticos não lineares”*. Esse autor justifica as teorias dos processos irreversíveis e da entropia da termodinâmica, da indeterminação e da causalidade probabilística da Física Quântica e as abordagens da complexidade em geral, como exemplos capazes de produzir as novas metáforas necessárias para compreender e superar o distanciamento entre o mundo natural e o mundo histórico. (ALMEIDA FILHO, 2000, p.195).

Peixinho (2001, p.36) tece uma série de considerações que põem em cheque conceitos tradicionais sobre concepção de espaço, causalidade, objetividade. Comenta também que o universo configura uma teia infinita de eventos mutuamente inter-relacionados, em que nenhuma das propriedades de qualquer parte é fundamental, mas todas elas refletem as propriedades de outras partes. Refere-se ainda ao **princípio holográfico**; compara o holograma a uma chapa fotográfica que permite projetar um objeto em três dimensões a partir de uma combinação de espelhos iluminados pelo raio laser. Ressalta que uma de suas propriedades mais instigantes é a de que, quando o filme é cortado em qualquer número de partes, cada parcela reproduz a imagem inteira. Conclui que: **o “todo” se encontra em todas**

as partes e que esse princípio desfaz a antiga afirmativa lógica formal para a qual o continente não pode estar no conteúdo.

Os princípios da holografia inspiraram o físico David Bohm a descrever um modelo de universo que se conduz, nesta hipótese, como um vasto holograma. Para ele **o mundo é um fluxo constante e os fenômenos que percebemos diretamente através de nossos sentidos ou com auxílio de instrumentos científicos representam apenas um fragmento da realidade ou ordem explícita.** Considera como ordem implícita ou imanente uma totalidade mais geral da existência, uma fonte matriz e geradora, onde **o tempo e o espaço não são mais fatores dominantes que determinam as relações de dependência ou independência de elementos diferentes; matéria e consciência não podem nem ser mutuamente explicadas nem reduzidas uma à outra, constituem abstrações da ordem implícita e por isso são unidades inseparáveis.** (BOHM, 1998, p.292).

Em contraposição a esse modelo inseparável, o modelo de divisão do “conhecimento do conhecimento” nos remete no mundo acadêmico, ao problema da pesquisa disciplinar que permitiu o avanço da ciência e o progresso tecnológico. Porém a percepção progressiva da complexidade dos problemas gerou a necessidade de aproximação e associação gradual das disciplinas.

Weil et al, que se referem a **transdisciplinaridade** com a proposta de **lidar com o que está entre as disciplinas, através das disciplinas e além de todas as disciplinas.** Escreve ainda sobre a **complexidade** como a *“expressão para tratar o mundo real tal como ele é, uno indivisível, em que tudo é parte de tudo”*. (WEIL, et al. 1993, p.175).

Para fins ilustrativos, que permitem uma melhor visualização comparativa, apresento a tabela construída por Pierre Weil (1993) que expõe, de um lado, os princípios por ele classificados como antigo paradigma (newtoniano-cartesiano) e do outro, o novo paradigma (holístico). Destaco, entretanto, as dificuldades e restrições ao se tentar apresentar sob forma de esquemas e tabelas, por generalizações e expressões uniformes, elementos que são complexos e que se referem a dados quantitativos e qualitativos. Comento, por exemplo, a imprecisão da afirmativa abaixo quando se refere ao desligamento da ética do antigo

paradigma e generaliza: *as pesquisas científicas e tecnológicas são colocadas a serviço de organismos destrutivos.*(p.23).

TABELA 1 – Diferenças paradigmáticas na contemporaneidade.

| ANTIGO PARADIGMA (newtoniano-cartesiano) | | NOVO PARADIGMA (holístico) | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| Princípios | | Princípios | |
| Dualidade | I. Dualidade Sujeito-objeto (Eu, Universo, Eu/Não-Eu) | Não-dualidade | 1. Não-dualidade. Sujeito e objeto são, indissociavelmente interdependentes e, segundo o princípio 2, feitos da mesma energia. |
| Atomismo e mecanismo | 2. O universo é “feito” de partículas sólidas e eternas em interação mecânica. As partículas são diferentes da luz. | Espaço-Energia | 2. No universo tudo é “feito” de espaço e energia indissociável. Toda partícula subatômica é luz. O conceito de evento substitui o de elemento. |
| Separatividade | 3. Matéria, vida e informação são assuntos separados no universo. Assim sendo, as estruturas materiais, vitais e programáticas do universo são objetos de ciências separadas: Física, Biologia, Ciências da Informação e Programática (ainda por definir) | Não-separatividade | 3. Matéria, vida e informação são manifestações da mesma energia, provinda e inseparável do mesmo espaço. O universo é feito de sistemas; todos os sistemas são de natureza energética, da mesma energia. Logo, quem conhece as leis da energia, conhece as leis de todos os sistemas físicos, biológicos e psíquicos. |
| Casualidade e determinismo | 4. Todo o fenômeno tem uma causa; ele é efeito de uma causa. O efeito pode tornar-se causa, assim | Contradição e não contradição. A | 4. Há uma recursividade entre o efeito e a causa ou inter-retroação. Existem também fenômenos acausais e vistos como paradoxais |

| | | | |
|--|--|--------------------------|-----------------------------------|
| | indefinidamente. Esta causalidade é linear. Nas mesmas circunstâncias, as mesmas causas produzem o mesmo efeito. | casualidade e paradoxos. | dentro da lógica formal clássica. |
| | | | Continua... |

Continuação...

| ANTIGO PARADIGMA (newtoniano-cartesiano) | | NOVO PARADIGMA (holístico) | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| Princípios | | Princípios | |
| Conteúdo/ Continente | 5. O todo contém partes, mas não pode ser contido nestas. | Holoprogramática | 5. Não somente as partes estão no todo, mas o todo está em todas as partes, como num holograma. |
| Eliminação do sujeito | 5. A verdade como objeto da investigação científica independe da mente do sujeito. | Integração do sujeito | 6. O conhecimento é produto de uma relação indissociável da mente do sujeito observador, do objeto observado e do processo de observação. As três variáveis são “feitas” da mesma energia. (princípio 2). |
| Absolutism o racional | 7. A verdade só pode ser aceita se passar pelas sensações e pelo raciocínio lógico. | Relativismo consciencial | 7. A vivência (V) da Realidade ® é função (F) do estado de consciência (EC) em que se encontra o sujeito. $VR = f(EC)$ |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Objetividade e científica/ disjunção sujeito- objeto | O observador e experimentador, como conhecedor deve estar excluído do processo de conhecimento e desligado do objeto de conhecimento. | Reconhecimento objetivo da subjetividade do conhecimento | Reintegração do sujeito observador no processo de observação. “Autocrítica do sujeito. O sujeito ‘conhecedor’ se torna objeto de ‘conhecimento’ ao mesmo tempo em que permanece como sujeito”. |
| Racionalismo científico | Uso predominante do raciocínio e da percepção pelos cinco sentidos do mundo “exterior”. | Participação do ser na sua inteireza. | Uso da sensação, do sentimento, da razão e da intuição. |
| Lógica formal da não contradição | A lógica que permitiu o progresso da ciência no plano da macrofísica. | Integração da contradição e da não-contradição. | Uma nova lógica, tal como a de Lupasco, integra as contradições dos paradoxos. |
| Eliminação do não quantificável | Só se considera como processo científico o que lida com o que é quantificável. | Uso do quantificável e do não-quantificável. | Integração do qualitativo ao quantificável. |
| Desligamento da Ética | As pesquisas científicas e tecnológicas são colocadas a serviço de organismos destrutivos. | O conhecimento a serviço dos valores éticos. | Reintegração dos altos valores éticos; introdução do conceito de bioética na ciência. |

Continua...

Continuação...

| ANTIGO PARADIGMA (newtoniano-cartesiano) | | NOVO PARADIGMA (holístico) | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Princípios | | Princípios | |
| Educação para o uso | Todo o sistema educacional prepara as | Equilíbrio inter- | Todo sistema nervoso, assim como a circulação de energia, é estimulado |

| | | | |
|--|---|--|--|
| do hemisfério esquerdo. | gerações para o uso do intelecto. | hemisférico | no processo de descoberta Real. |
| Predomínio do pensamento eurocentrado | Todo sistema educacional prepara as gerações para o uso do intelecto. | Equilíbrio entre metodologias Leste-Oeste e Norte-Sul. | Os dados das sabedorias orientais podem ser considerados como hipóteses científicas a serem verificadas experimentalmente. |
| Formação de especialidades independentes | Múltipla pluridisciplinaridade | Procura de axiomática comum entre as disciplinas | Inter e transdisciplinaridade |

Fonte: Pierre Weil, 1993.

Como tentei expor, as transformações dos conceitos das ciências naturais podem interferir gerando uma nova ordem de idéias, que descrevem o universo como uma totalidade complexa indivisiva, ampliam-se para a compreensão da vida, da mente e da cognição e também influenciam as mudanças emergentes em Educação e Saúde.

1.3 SOCIOCONSTRUTIVISMO: CATEGORIA ESTILO DE PENSAMENTO

Ludwik Fleck, **médico interessado em Filosofia e Epistemologia** utilizou a construção da doença infecciosa sífilis para documentar sua monografia. Foi escolhido como autor para fundamentar parte deste trabalho pela riqueza de detalhes, que mostra a **complexidade do conhecimento médico científico**, quando **inserida no contexto sociohistórico**.

Existem assuntos que requerem um tempo hábil para serem percebidos, pois, para efetivá-los, necessita-se de um preparo intelectual anterior. É desse modo que, acreditando na dinâmica da **diversidade médica**, como **ciência e arte**, tenho lidado com os conhecimentos de Fleck. Cada vez que os reintegro ao meu conhecimento, desperto para novas facetas dos

fragmentos que me foram apresentados como estanques. Assuntos, citados por Löwy, que Fleck comenta como **condicionalidade histórico-social do conhecimento médico; complexidade do fenômeno patológico; impossibilidade em se estabelecer fronteiras rígidas pra o binômio de saúde/doença; a doença como não sendo um estado permanente, mas um processo em constante mudança; fatores culturais, socioeconômicos e políticos determinantes da nomenclatura médica e de mudanças em seu significado** passaram a ser objeto de meu interesse. (LÖWY, 1996, mimeo).

Nessa caminhada, identifiquei-me, em particular, com a **construção sociohistórica das doenças**, que, em analogia, tento aplicar na síndrome de **fibromialgia**, tema de estudo com muitas controvérsias, conforme será desenvolvido. Frente a essa amplitude de temas a serem definidos, efetuo um recorte e seleciono, para estudo e ilustração inicial dessa pesquisa, a categoria epistemológica de Fleck: *Estilo de Pensamento (EP)*. No decorrer desse estudo, também será apresentado, um instrumento de trabalho interativo: *Objeto Fronteira*; para Löwy, ele pode ser considerado como pós-fleckiano. (LÖWY, 1996, mimeo).

Fleck constrói o conhecimento envolvendo não somente um diálogo entre **o sujeito conhecedor e o objeto conhecido**, mas incluindo **uma terceira relação: o coletivo**. Bradley e Trenn complementam que, para Fleck, a aquisição de qualquer conhecimento depende da relação que abrange os três componentes: o sujeito individual, o objeto em particular, apoiados por um **terceiro elemento, condicionado pelo Estilo de Pensamento**; esse, por sua vez se forma naquela comunidade cognitiva que é representada pelo *Coletivo de Pensamento (CP)* no qual atua o sujeito. (BRADLEY e TRENN, 1979). Com as palavras de Fleck:

“Entre o sujeito e o objeto existe um terceiro fator, a comunidade. Esta é criativa como o sujeito, refratária como o objeto e perigosa como um poder elementar”. (FLECK, 1979, p.158).

Bradley e Trenn (1979) acrescentam que Fleck utilizou-se do **complexo: História, Filosofia e Sociologia da Ciência**, para discutir assuntos importantes como conflitos e mudanças de teorias e o papel das complicações e dos erros nas descobertas científicas. Consideram Fleck como simpatizante dos sociólogos de Viena em oposição aos dogmatistas e referem sobre sua prudência ao entender fatores culturais, principalmente com respeito a

linhas como as racistas e as nacionalistas. Eles argumentam que Fleck explicitamente se opunha aos sociólogos que consideravam ciência como um assunto inapropriado para suas investigações.

A categoria epistemológica *Estilo de Pensamento* (EP), expressão intrínseca de um Coletivo de Pensamento (CP), junto aos elementos que compõem sua formação, foi selecionada como instrumento de estudo sobre as teorias e práticas de diferentes médicos especialistas. Surgem propostas de que, embora esses especialistas pertençam à mesma categoria profissional médica, podem expressar diferentes EP e construir os diagnósticos das doenças segundo esses EP.

Vale destacar que Lima em tese de doutorado *Estilo de Pensar no ensino de Medicina Homeopática* comenta que Fleck em sua monografia (1935) desenvolveu conceitos centrais escritos em alemão como *Denkstil* e *Denkkollektiv* e em artigos em polonês como *stylu myslowego* e *kolektywem mysloweg* e que esses termos se vinculam melhor com o **pensar** ao invés de o **pensamento** (em alemão, *Gedanken*). Lima justifica que autores brasileiros se referem a *Estilo de Pensamento* ao invés de *Estilo de Pensar* porque utilizam traduções para o inglês (*thought style*) ou espanhol (*estilo de pensamiento*) obtidas dos originais em alemão. (LIMA, 2002, mimeo).

1.3.1 Resgate histórico

Para se buscar as bases do pensamento fleckiano (1896-1961), tenta-se identificar acontecimentos do período em que ele desenvolveu seus estudos na Polônia, um país invadido e dividido. Ilana Löwy, em seu livro *The Polish School of Philosophy of Medicine* (1990), vincula a ideologia de Fleck a uma forte tradição de seu momento histórico: a Escola Polonesa de Filosofia da Medicina (EPFM). Em contrapartida, suas idéias divergiam do Positivismo Lógico que era cultivado pelo Círculo de Viena, dominante nos estudos das ciências de sua época. Löwy admite que ele pertencia a uma quarta geração de médicos filósofos poloneses e comenta a semelhança de suas afirmações sobre a **complexidade do fenômeno patológico**, com aquelas de pensadores da prévia geração, especialmente com as de Kramsztyk. Esse médico filósofo, apesar de ser mais velho que os de sua geração, enquadra-se na segunda

geração por ter sido aluno de Chalubinski (1820-1889). Esse, por sua vez, pode ser considerado o precursor da EPFM. Para ela, essas reflexões, na área médica, poderiam ter iniciado quase cem anos antes, com Chalubinski, colega de Virchow, considerado o pai da **Medicina Social**. (LÖWY, 1990 apud DA ROS, 2000, p.19-52).

Löwy lembra como uma das afirmativas de Chalubinski:

“Não esquecer nunca que não se tratam doenças, mas pacientes”. (LÖWY, 1990 apud DA ROS, 2000, p.35)

“As doenças como construções didáticas dos médicos”. (LÖWY, 1990 apud DA ROS, 2000, p.36).

Da Ros seleciona algumas das afirmativas de Kramsztyk citadas por Löwy, que reproduzo, pois são aquelas que podem persistir como fruto de uma experiência maior, no circuito humano das diversas gerações.

Não existe observação neutra. Ela depende das idéias a priori do observador. No processo de investigação, as idéias pré-concebidas modificam o mundo externo. O cientista não é um tabuleiro em branco.

*A Medicina não tem medidas de identidade, somente similaridades...
...não existe profissão isolada uma da outra. O desenvolvimento de uma modifica/contribui com a outra...*

...o culto ao presente, em Ciência (sem História), apaga a mente e ofende a dignidade humana. Só a história das mudanças de visão do mesmo fenômeno é que dá luz para as idéias do presente...

A ciência não é a única necessidade da humanidade. Felicidade é necessidade maior. (LÖWY, 1990 apud DA ROS, 2000, p.43-44).

Löwy salienta que, no século XIX, muitos médicos orientados em Filosofia estavam impressionados com o rápido desenvolvimento da ciência médica, mas que Fleck foi mais além, sistematizou suas reflexões sobre o modo como a ciência trabalha. Ele apresentou um método que chamou de **‘epistemologia comparativa’**, para estudar aspectos sociais,

institucionais, culturais, lingüísticos, que envolviam o desenvolvimento do conhecimento científico.(LÖWY, 1996).

O primeiro estudo em Epistemologia de Fleck³: **“Alguns aspectos específicos do modo de pensar médico” (Uber einige besondere Eigensachften dês ärztlichen Denkens)**, foi apresentado durante uma conferência para a Sociedade de Amadores na História da Medicina em Lwow (Polônia), em abril de 1926. Esse estudo foi publicado no Archives, revista que era o grande instrumento de divulgação da EPFM, em 1927. Nesse trabalho, Fleck discute que o fenômeno patológico, diferente de outros fenômenos naturais mais simples, é de natureza complicada, estratificada e dependente do tempo. De acordo **com ele, a doença de cada paciente é única, e esse fenômeno complexo não pode ser estudado sob um ponto de vista reducionista; a doença não é um estado que permanece, mas um processo que muda continuamente e que tem sua gênese temporal, seu curso e declínio. A complexidade desse fenômeno dificulta o uso de classificações homogêneas.** Fleck afirma: ***“Existem vários estados mórbidos e síndromes com sintomas subjetivos que até agora falharam em encontrar seu lugar e que podem nunca ser encontrados”.*** (FLECK, 1927 apud LÖWY, 1996, p.4, mimeo). **Outro problema médico que Fleck diferencia das ciências exatas é a dificuldade em estabelecer uma firme relação causal entre os fenômenos, pois seus resultados nem sempre são proporcionais às causas e nem sempre são os mesmos.** Fleck também critica a crença largamente aceita de que **as doenças infecciosas têm uma única causa. Para ele, as doenças infecciosas são o resultado de interações multifatoriais e multidimensionais, interações entre o microorganismo e seu hospedeiro que incluem dimensões fisiológicas, patológicas e psicológicas.** (LÖWY,1996, mimeo)

Schäfer e Schnelle iniciam a apresentação da monografia de Fleck (1935) comentando que esse trabalho tão excelente, como desconhecido, poderia ter hoje, se as condições tivessem sido mais favoráveis, a dignidade de um clássico da teoria da ciência. Esses autores admitem que o livro de Fleck estava adiantado para sua época. (1986, p.9-10). Vários fatores

³ *Fleck, considerado um cidadão polonês, nasceu em Lwow, cidade que, na ocasião, se encontrava sob o domínio do Império Austro-húngaro e hoje é uma cidade da Ucrânia. Estudou Medicina e exerceu sua prática junto ao leito dos pacientes e também dentro de laboratórios de infectologia e imunologia. Essas oportunidades de incorporar à sua formação teorias e práticas, amplas e diversas, biomédicas, técnico-laboratoriais e filosóficas, permitem entender sua visão epistemológica que prioriza as inter-relações de uma ampla gama de possibilidades histórico-sociais formatando os diversos modos de pensar.*

relacionados àquele momento, como: suas idéias não representavam o pensamento dominante da sua época, a língua alemã escrita por um polonês, brigas que acabaram culminando na II Guerra Mundial, sua descendência judia em um país francamente anti-semita, sua personalidade fechada, podem explicar a pouca receptividade à sua obra. (SCHÄFER e SCHNELLE, 1986:9-17).

1.3.2 Perspectiva epistemológica de Fleck: Sociostrutivismo

A **Epistemologia sociostrutivista na Medicina** pode ser muito rica em suas articulações com o processo de conotação social do saber, em especial quando demonstra a amplitude e a diversidade que permeiam a construção dos conceitos relativos às doenças. Esta epistemologia valoriza a produção do conhecimento como fruto da construção sociocultural. O conhecimento que resulta da interação dos indivíduos pode ser expresso, na conotação de Fleck, pelas unidades que denominou de *Estilo de Pensamento* (EP), que representa a expressão do **estado do conhecimento**. **O EP deve ser entendido como um processo dinâmico de construção e reconstrução, formando um continuum em que as experiências do presente estão ligadas às do passado, que, por sua vez, estarão ligadas às do futuro.** Destaco o termo continuum para expressar a idéia de complexidade e amplitude que deve permear a infinita combinação que compõe a rede de conexões que se intersectam para produzir e comunicar o conhecimento. Esse pensamento fica evidente quando Fleck escreve:

“O conhecer representa a atividade mais condicionada socialmente da pessoa e o conhecimento é a criação social por excelência. Na mesma estrutura da linguagem tem uma filosofia característica da comunidade, inclusive uma simples palavra pode conter uma filosofia complexa. A quem pertencem estas filosofias e estas teorias?” (FLECK, 1986, p.89)

E continua dizendo que, à medida que os pensamentos circulam de um indivíduo para outro, sofrem alguma transformação, pois cada indivíduo estabelece diferentes relações com eles. Neste sentido, para Fleck (1986) **o receptor não entende nunca o pensamento da mesma maneira que o emissor pretendia que o entendesse. E conclui que depois de uma série de tais transformações, modifica-se o original, de forma que o pensamento que segue circulando não é de nenhum indivíduo concreto, senão de um coletivo.** Fleck lembra

que o conhecimento, depois de percorrer entre muitos, pode retornar ao seu primeiro autor, que o vê de forma distinta e pode não reconhecê-lo como próprio ou até acreditar que fez um descobrimento original.

Fleck considera que não existe geração espontânea de conceitos, mas que estes são determinados pela influência de seus antepassados. Conforme o autor, o passado se torna mais perigoso quando nossas relações com ele se mantêm inconscientes e desconhecidas. Para ele *toda teoria do conhecimento que não faça investigações históricas e comparativas cai num jogo de palavras, numa epistemologia imaginária*. E acrescenta: *É uma ilusão acreditar que a história do conhecimento tem tão pouco a ver com o conteúdo da ciência,..... que os conteúdos científicos, talvez em quase suas totalidades, estão condicionados e são explicáveis histórico, psicológico e sociológico-conceitualmente*. Especifica que *os conceitos atuais de uma entidade nosológica são resultado de um determinado desenvolvimento histórico e não de uma única possibilidade lógica*". (FLECK, 1986, p.68).

Esse autor comenta que, mesmo um investigador moderno, armado de todos os instrumentos técnicos e intelectuais, não poderia jamais chegar a separar todos os diversos quadros de uma enfermidade, dos casos que se apresentam, distingui-los das complicações e agrupá-los em uma unidade. Somente com a ajuda de comunidades de investigações organizadas, enriquecidas pelo saber popular, durante gerações, pode-se alcançar essa meta, mesmo porque, o desenvolvimento do fenômeno das enfermidades pode requerer anos. Conclui então não ser possível cortar os laços com a história.

Fleck ressalta que, na teoria do conhecimento, deve-se investigar como se descobrir uma relação, além de ocupar-se de sua legitimação científica, de suas provas objetivas e construções lógicas. Para ele, o objetivo único ou principal da teoria do conhecimento não consiste apenas na comprovação dos conceitos e de suas conexões. Enfatiza que um princípio de pensamento que permita perceber mais detalhes concretos e mais relações necessárias merece prioridade, como demonstra a história das ciências naturais. Segundo ele, os conceitos devem ser investigados como um resultado do desenvolvimento e da confluência de algumas linhas coletivas de pensamento; mas que não seria apenas generalizar e buscar as relações concretas, e sim estabelecer *“as leis destas relações e das forças sócio-cognoscitivas que influenciam sobre elas”*. (FLECK, 1986, p. 69-70, grifo meu).

De acordo com Fleck, existe uma **diferença muito importante entre um experimento isolado e uma experiência concebida** quando menciona:

...“enquanto um experimento pode ser interpretado como um simples sistema de pergunta-resposta, a experiência tem que se conceber como um complexo processo de entretenimento intelectual, baseado em uma ação recíproca entre o cognoscível, o já conhecido e o por conhecer-se. A aquisição de faculdades físicas e psíquicas, a acumulação de uma certa quantidade de observações e experimentos e a habilidade de moldar e transformar os conceitos formam, sem dúvida, um todo incontrolável lógico-formalmente, no qual a ação recíproca de seus componentes impede completamente qualquer consideração lógica sistemática do processo cognitivo”. (FLECK, 1986, p.56-57).

Desse modo, Fleck conclui que é hora de assumir uma visão menos egocêntrica, mais geral e falar de **epistemologia comparativa**, já que epistemologia sem investigações comparativas e históricas não é mais que um vazio jogo de palavras ou uma epistemologia sem imaginação. Escreve que pelo menos três quartos da ciência são condicionados pela história, psicologia e sociologia das idéias. Ele também se posiciona sobre o indivíduo como tendo um papel subordinado à comunidade científica frente a suas descobertas, criticando aqueles que acreditavam cegamente no progresso científico cumulativo. Fleck utilizou um tema médico, a entidade nosológica conhecida com o nome de sífilis, para documentar e descrever os longos e tortuosos caminhos epistemológicos percorridos até se chegar aos conceitos de sua época. Classificou as diferentes concepções daquele período como: místico-ética, empírico-terapêutica, patológica e etiológica. Lembrou que, apesar de se sucederem historicamente mudanças daqueles conceitos condizentes com as mudanças gerais do conhecimento, além de mudanças nas formas de apresentação daquela doença, o nome da entidade, no caso sífilis, continuava o mesmo.

Com esses exemplos Fleck mostra a fundamentação psicosociológica e histórica dessas idéias como tão forte que impediu avanços científicos durante quatrocentos anos. Explica que essa **tendência à persistência** não estava ancorada em observações empíricas e sim em outros fatores amparados pela tradição e pela psicologia. Demonstrou também a

influência de outras idéias, provenientes de diferentes épocas, que se **interacionaram** com o saber sifidológico para explicar as mudanças conceituais. Na convivência entre os conceitos da entidade nosológica *ético-mística*, do *mal venéreo* e do *empírico-terapêutico*, existiam, para Fleck, elementos teóricos e práticos, alguns contraditórios, entremeados e que esses elementos embora empíricos, se amalgamavam não pela lógica, mas sim pela psicologia. Para ele, nesse caso, o empirismo perdia terreno frente ao emocional.

Segundo ele, quando se forma um sistema de opiniões estruturalmente completas e definidas, cheio de detalhes e relações, existe a tendência de resistirem a tudo que possa contradizê-lo. Aquilo que não concorda com o sistema: não costuma ser pensado, nem percebido; quando observado tende a ser guardado em silêncio; **fazem-se grandes esforços para explicar as exceções com termos que não contradigam o sistema** (FLECK, 1986, p.74). Conforme ele, nessa fase se estabelece a *harmonia das ilusões*, na qual o que vai se tornando conhecido vai se adaptando à visão dominante.

A partir de estudos bacteriológicos e apoiando-se na psicologia gestáltica, Fleck pode provar que **não existe um observar livre de pressupostos**. Para ele existem dois tipos do observar: *“o observar como confuso ver inicial e depois o observar como ver formativo direto e desenvolvido”*. (FLECK, 1986, p.138, grifo meu). E que esse *ver formativo desenvolvido* não é um observar ingênuo, senão algo que só é possível através de **uma introdução teórico-prática e de uma certa experiência em um determinado campo**. E aprofunda essa idéia acrescentando que *“a disposição para o perceber orientado se adquire às custas da perda do poder de perceber o heterogêneo”*. (SCHÄFER e SCHNELLE apud FLECK, 1986, p.23, grifo meu).

1.3.3 Fleck e a formação de um fato científico

Fleck utiliza a descoberta coletiva da reação de Wasserman e sua relação com a doença conhecida como sífilis para documentar seu estudo epistemológico sobre a formação de um fato científico. Argumenta que fez essa escolha pela riqueza histórica, fenomenológica e de conteúdo, como também pelo fato de não ser assunto comumente escolhido para estudos epistemológicos.

Salienta que se tem perdido a oportunidade de alcançar um conhecimento crítico do mecanismo cognoscitivo, porque se leva em consideração quase que exclusivamente fatos comuns da vida cotidiana e da Física Clássica, como os únicos seguros e dignos de investigação. Acrescenta que esses mecanismos são tão evidentes que não resultam problemáticos, mas apenas “*denotam a passividade frente a uma força independente que se denomina ‘existência’ ou ‘realidade’.*” (FLECK, 1986, p.43)

Refere-se a um tipo de comportamento frente a essa situação como sendo ritual e mecânico. **Para ele, um fato novo descoberto recentemente e estudado sob todos os aspectos para fins epistemológicos, é o que melhor se adapta aos princípios de investigação sem prejuízos.** Escreve para não se distanciar da história e achar que os fatos anteriores não têm importância para os valores atuais. Fleck expõe que, na história da gênese de um conceito científico, não se pode ficar indiferente à importância dos erros para a construção de princípios. Acrescenta que não existe geração espontânea dos conceitos, mas que esses têm alguma relação com os de seus antepassados.

Quanto ao desenvolvimento do conceito de sífilis, Fleck comenta sobre a transformação desde o místico até o etiológico, passando pelo empírico e patológico, com enriquecimento de detalhes e perda de outros conceitos concretos das teorias anteriores. Com essa transformação, apareceram novos problemas e novos campos do saber. O único campo que considerou seguro foi o da certeza de que nada estava definitivamente estabelecido. Enfatiza que mesmo a descoberta do agente etiológico, a *Spirochaeta Pallida* (SP), ele por si só não define a doença sífilis; esta não deve ser formulada como doença causada por SP, mas, ao contrário, SP é o microorganismo relacionado à sífilis. (FLECK, 1979, p.21).

De acordo com ele, não existia um sistema final e fechado para constituir o conhecimento científico. Verdade, em ciência, e estar correto dependem, em particular, de um modo de pensar, que foi aceito por um *Coletivo de Pensamento* e varia com a cultura daquele momento. Não existe uma verdade objetiva e absoluta. Embora relativa, ela não é arbitrária, já que é determinada pelo *Estilo de Pensamento*. **Fleck lembra que, a cada novo descobrimento, aparece pelo menos um novo problema. Mas, segundo ele, “a fertilidade da teoria do pensamento coletivo se mostra precisamente na possibilidade que nos proporciona para comparar e investigar de forma uniforme o pensar primitivo, arcaico,**

*infantil e psicótico... também pode aplicar-se ao pensamento de um povo, uma classe”... E, como já referido, conclui que considera o postulado de “*experiência máxima*” “*como a lei suprema do pensar científico, pois uma vez que tenha surgido a possibilidade de uma epistemologia comparativa, este postulado se converte numa obrigação*”. (FLECK, 1986, p.98).*

1.3.4 Categoria epistemológica de Fleck: *Estilo de Pensamento*

Fleck estipula os conceitos de *Coletivo de Pensamento* (CP) e de *Estilo de Pensamento* (EP) como instrumentos para compreender a qualidade do conhecer. Ele parte do pressuposto de que a **ciência é algo realizado cooperativamente** por pessoas e que, além das convicções empíricas e especulativas dos indivíduos, **deve-se levar em conta as estruturas sociológicas** e as convicções que se unem entre si e aos conhecimentos científicos. (Schäfer e Schnelle, 1986:22). A **categoria *Estilo de Pensamento*** será estudada em detalhes, porque **pretendo utilizá-la como instrumento de aplicação para verificar se os diferentes especialistas médicos** podem expressar diferentes EP por integrarem diferentes CP. Esta categoria foi criada para mostrar a presença de um **sistema interativo entre o sujeito e o objeto**, quando se estudam as ciências, e para denotar a construção do conhecimento como um ato coletivo. Fleck exemplifica, **como um trabalho em equipe, propriamente dito, aquele que consiste em criar, mediante o esforço conjunto, uma estrutura especial que não seja igual apenas à soma dos trabalhos individuais; compara com o atuar de uma orquestra e com uma partida de futebol.**(FLECK, 1986, p.145).

A categoria epistemológica *Estilo de Pensamento* (EP) veio preencher a lacuna que muitos não acreditavam poder existir na relação sujeito/objeto. Sua presença manifestada através de um perceber dirigido resulta da elaboração intelectual e objetiva do percebido.(p.145). Fleck refere que Durkheim fala expressamente da coerção que exercem as estruturas sociais como realidades objetivas e específicas e como uma conduta estabelecida. (p.92) Esse perceber resulta da capacidade psíquica humana, que, por sua vez, está condicionada ao resultado do conjunto das influências históricas, sociais e culturais. Conforme

ele, existe uma continuada **coerção** desses fatores determinando o que pode e como vai ser percebido.

Ao iniciar a composição da categoria EP, expondo alguns de seus elementos e de suas propriedades que Fleck explica em sua monografia, comento possíveis erros no entendimento da conotação dessa categoria epistemológica. Sua linguagem pode induzir o leitor a restringir seu significado apenas ao ato de pensar e considerá-lo um conceito abstrato. Löwy (1996), polonesa, estudiosa da obra de Fleck, revela que a escolha do nome EP pode suscitar esses erros de interpretação.

Como já referi, as categorias de CP e EP (definidas na p.18) foram inicialmente introduzidas por Fleck em um artigo “Sobre a Crise da Realidade” (Zur Krise der “Wirklichkeit”), escrito em 1929.

Ao desenvolver sua monografia escrita originalmente na língua alemã (1935), Fleck constrói o conceito de EP, expondo paulatinamente diferentes elementos e propriedades que compõem a estrutura dessa categoria. Ele descreve que as categorias de CP e EP são interdependentes e inseparáveis e explica que um EP não pode ser formado individualmente; sua construção requer a existência de mais de uma pessoa e portanto de um coletivo. Essas categorias interagem entre si, não podem se desvincular, pois todo CP expressa um EP e todo EP se forma em um CP. Cita que Gumpłowicz expressa a importância do coletivo quando diz: *...“o que realmente pensa na pessoa não é de nenhuma maneira o indivíduo mesmo, senão sua comunidade social. A fonte de seu pensar não está nele, senão no entorno social no qual vive e na atmosfera social que respira. A pessoa não pode pensar de outra maneira, pois sua mente está estruturada deste modo determinado devido à influência social que a rodeia”*. (GUMFLOWICK apud FLECK, 1986, p.93).

São poucos, no Brasil, os grupos que tiveram a oportunidade de conhecer e estudar Fleck. Um desses grupos concentra-se no curso de Pós-Graduação em Educação na Universidade Federal de Santa Catarina (PG-CED-UFSC). Um de seus coordenadores, Delizoicov (1999) agrupou os elementos constitutivos do EP em: a) **técnicas, instrumentos e procedimentos**; b) **formação**; c) **modo de ver**; d) **teorização**; e) **linguagem específica**.

Cutolo (1999) reagrupou em cinco grandes grupos, as características de **Estilo de Pensamento** como:

1. *modo de ver, entender e conceber;*
2. *processual, dinâmico, sujeito a mecanismos de regulação;*
3. *determinado psico/ socio/ histórico/culturalmente;*
4. *que leva a um corpo de conhecimentos e práticas;*
5. *compartilhado por um coletivo com formação específica.*

(CUTOLO, 2001, p.55).

Identificar todos os elementos que compõem o *Estilo de Pensamento* parece ser uma tarefa impossível, e Fleck tornou claro que não pretendia esgotar essas possibilidades. Ele deixou, em aberto, chances para futuras identificações de novos elementos, que estariam subordinados a novas construções, sob a forma de outras expressões, que se explicitam frente à dinâmica da multiplicidade e complexidade na formação do conhecimento. Desse modo, seria muito pretensioso querer-se formatar em sua íntegra o significado do *Estilo de Pensamento*. Cutolo (2001, p.53) salienta: “A categoria não está acabada, está sujeita a interpretações e modificações que a própria contextualização histórica pode oferecer”.

De forma semelhante a Da Ros (2000), seleciono a seguir os fundamentos que considero como adequados para compor parte do objeto desse estudo, formatando-os numa sequência apropriada e localizando-os de acordo com a paginação da versão espanhola de Fleck (1986):

- ♦ Um *Estilo de Pensamento* expressa idéias com*fundamentação psicosociológica e histórica* (p.48)... que se originam de ...*fatores especiais vinculados profundamente na tradição e na psicologia*,(p.48) e que como tal está submetido a ...*uma condicionalidade histórico cultural..O século XVI não era livre para mudar o conceito místico-ético de sífilis por um científico-natural patogênico. Por isso se pode falar de um estilo de pensamento que determina o estilo de cada conceito.* (p.55)

- ♦ A formação do EP pode ser o resultado de *idéias provenientes de distintos estratos sociais e de diferentes épocas, que interagem* (p.48). *Só mediante esta influência mútua, sua cooperação e sua oposição, se chegou à determinação da sífilis como entidade nosológica, tal e como a conhecemos na atualidade.*(p.48)

- ♦ *Pode-se constatar regularidades históricas específicas no curso do desenvolvimento das idéias...*(p.55) *Muitas teorias vivem duas épocas: primeiro, uma clássica, na qual todos concordam, e depois, uma segunda, em que as exceções começam a se fazer notar.*(p.55) *Quanto mais sistematicamente esteja construído um ramo do saber e mais rico seja em detalhes e em conexões com outros ramos, tanto menor será a diferença de opiniões entre eles.* (p.56)
 - O EP pode resultar da construção de *saberes, corpos de conhecimento de diversas áreas para confluir num modo de pensar...*(p.48) *São diferentes enfoques entrelaçando-se: elementos teóricos e práticos ...amalgamados* (p.50)...*campos de saber com muitas linhas de desenvolvimento de idéias que se cruzam e se influem mutuamente* (p.69) ... *A imagem do mundo determina a exigência dos especialistas: pode ser uma fundamentação que determina os traços gerais do EP...* (p.161);

 - A partir de sua instauração, um *Estilo de Pensamento* passa a ...*possuir uma linguagem específica...*(p.89-90) ...*utiliza determinados termos técnicos...*(p.129) ...*contém uma certa exclusividade formal temática* (p.150) ...*acompanha-se de estilo técnico e literário do sistema de saber* (p.145)...*tem um direcionamento das observações...*(p.131) ...*uma forma de conceber experimentos* (p.133) ...*os problemas e os métodos passam a ter traços comuns, com juízos que o coletivo considera evidentes* (p.145) ...e a ...*utilização de métodos e aparelhos realizam, a posteriori, a maior parte do pensar...*(p.131);

 - Caracteriza-se, desse modo, um coletivo como *comunidades organizadas de investigação* (p.69), que representam o resultado do *desenvolvimento e da*

confluência de algumas linhas de coletivos de pensamento (p.69).... estruturados da inter-relação entre o velho e o novo conhecimento..(p.75). Aceita-se também que...pequenas comunidades possam manter invariável o velho estilo (p.146).

- *...Se um grupo existe durante um tempo suficiente, o EP fica fixado e adquire uma estrutura formal (p.150). Dessa maneira, fica estabelecido...um ponto de vista, que resiste a inovações, reinterpreta o novo e o adapta ao sistema de idéias... (p.95)...Esta tendência à persistência demonstra que não foram as denominadas observações empíricas que levaram a cabo a construção e a fixação da idéia, e sim que intervieram fatores especiais ancorados profundamente na tradição e na psicologia (p.48);*
- *Para um iniciado ser aceito num determinado CP...depende de um contato mais estreito entre as pessoas (p.129), e a partir de sua adesão àqueles pressupostos e à concepção de ciência, passa a ser ...legitimado entre os pares, que têm a mesma formação moldada conforme um EP (p.81)*

Ao utilizar o EP como categoria analítica necessária para a construção de uma teoria do conhecimento, Fleck mostra a existência de uma multiplicidade de **Coletivos de Pensamento (CP)** convivendo entre si, harmonicamente ou não. E é essa diversidade de EP e CP que se permeiam e se entrelaçam que determina **o estado do conhecimento** numa dinâmica em constante transformação. Cada coletivo se constitui num sistema fechado de idéias, de tal modo que para Fleck um entendimento imediato entre defensores de distintos EPs é impossível e chama a isso de **incongruência**. Para ele as relações entre diferentes EP se tornam **incomensuráveis**.

Fleck destacou que se pode utilizar outros elementos que se interpõem e compõem *Estilos de Pensamento* semelhantes, suavizando suas mudanças, facilitando a comunicação entre determinados grupos, que são denominados de **matizes**. Ele comenta que, quando se compara entre si vários EP, nota-se, em seguida, que as diferenças entre eles podem ser maiores ou menores. Exemplifica que a diferença entre o EP dos físicos e biólogos não é, em geral, muito grande. Refere-se à diferença entre um físico europeu e um místico cabalista

(pessoa versada numa ciência oculta) como sendo muito maior. Neste último caso, diz que a divergência entre os EP é tão grande que chega a desaparecer frente àquela que há entre o físico e o biólogo. Conclui que se pode falar de **matizes de estilo, variedades de estilo e estilos diferentes**. Acrescenta que não era sua missão elaborar uma teoria completa dos EP, mas que pretendia assinalar certas propriedades da circulação do *pensamento intercoletivo*. Para ele, quanto maior é a diferença entre dois EP, menor é a circulação intercoletiva de idéias. (FLECK, 1986, p.155).

Segundo esse autor alguns *Coletivos de Pensamento* são **casuais e momentâneos**; outros são **estáveis ou relativamente estáveis**, que se formam especialmente em grupos organizados; nestes últimos, podem se formar *Estilos de Pensamento* fixos e que adquirem uma estrutura formal.

A partir desses estudos de Fleck que demonstram a grande diversidade dos estilos de pensamento e as possíveis **tensões e dificuldade de comunicação entre eles**, surgem novos grupos, os **sociointeracionistas** que propõem uma categoria, ainda escassamente utilizada, denominada de *Objeto Fronteira*, como **fator moderador atenuante dessas tensões**.

1.4 SOCIOINTERACIONISMO: CATEGORIA OBJETO FRONTEIRA

Os **interacionistas**, para Illana Löwy, pertencem à **tradição construtivista** no estudo das ciências. Ela considera que as especificidades deles dentro dessa tradição são definidas através das insistências na **complexidade e na instabilidade do empreendimento científico**. Menciona que historiadores e filósofos ‘tradicionais’ descrevem a ciência como atividade extremamente organizada, que gera resultados estáveis, que podem ser transferíveis de um lugar para outro através das leis científicas universais. Em contraste, os interacionistas descrevem **a ciência como um empreendimento complicado, heterogêneo, fragmentado e fluente**. Seus objetivos são o de explicar o desenvolvimento da estabilidade e da eficácia desse instável universo; de mostrar, por estudos detalhados, como a combinação específica de elementos frágeis, técnicas imperfeitas, visões parciais, experimentos incompletos, descrições idealizadas, podem **produzir resultados sólidos por meio de uma ação coletiva**. Para Löwy, eles investigam ‘técnicas’ que localmente fornecem o desenvolvimento de solidez, a

simplificação do trabalho científico e a eliminação de anomalias. Quando o problema é considerado estabilizado num determinado local (torna-se aceito naquele local como ‘fato científico’), em geral é transferido para diferentes ambientes e diferentes *mundos sociais* (*social worlds*). Löwy cita, como exemplo, a transferência do laboratório para a indústria, para as clínicas e para a administração. (LÖWY,1996, mimeo)

De acordo com ela, a **meta dos cientistas pode ser redefinida como a produção e a defesa das representações estáveis do mundo natural, a fundamentação dessas representações em material estável e nas práticas sociais e a consolidação das relações sociais que sustentam essas representações e práticas**. Para atingir esse objetivo, os interacionistas dizem ser importante **aliarem-se os diferentes mundos sociais**, para que compartilhem as atividades de suas áreas. (LÖWY,1996, mimeo). Bowker e Star explicam que o termo *mundos sociais* recebeu essa denominação de Strauss, (1978), da Escola de Chicago que se interessava por **grupos heterogêneos**. Compara a semelhança desse termo ao de *comunidades em prática*, descrito por Lave e Wenger (1991) e considerado como uma **unidade de análise**, que pode ser dividida por organizações formais, instituições como famílias e igrejas e outras formas de associação como os movimentos sociais. Esses autores concluem que, de alguma forma, nós todos somos membros de vários mundos sociais ou comunidades em prática, que conduzem atividades juntos. (BOWKER e STAR, 2000, p.294).

Com o intuito de **facilitar as interações, cooperações e traduções entre mundos sociais heterogêneos**, os interacionistas desenvolveram uma nova categoria epistemológica que foi denominada *Objeto Fronteira (Boundary Object)*. Essa categoria foi criada frente à argumentação de que **o trabalho científico é heterogêneo, requer a cooperação de um diversificado grupo de atores que o integram: os diferentes pesquisadores, profissionais, amadores e funcionários**. Essa cooperação pode determinar o resultado de um trabalho científico ao **interferir na comunicação entre os atores, ao facilitar o entendimento harmônico entre eles, ao assegurar crédito entre os domínios, divulgando informações que permanecerão íntegras, independentes das contingências locais, de espaço e de tempo**. (STAR e GRIESEMER,1989)

Os interacionistas entendem que o *Objeto Fronteira (OF)* ocupa um papel central na cooperação entre distintos *mundos sociais (MS)* e especificam que ele **pode ser representado**

por objetos como: entidades materiais, unidades taxonômicas, mapas, técnicas e conceitos. Löwy diz que esses objetos costumam ser fortemente definidos em seus locais de uso, por um determinado *mundo social*, mas que podem ser fracamente entendidos para uso em comum, na interação entre *mundos sociais*. Aponta, como exemplo, a aplicação de técnicas em diferentes lugares ou o uso de termos que tenham sentido restrito para uma determinada comunidade profissional. Lembra as diferentes definições relativas ao ‘*Streptococcus hemolyticus*’ dos bioquímicos quando comparadas com as dos epidemiologistas.

O Objeto Fronteira se propõe, portanto, a tornar possível as **‘traduções’** (**‘translations’**), que Löwy explica como **trocas frutíferas** entre diferentes *mundos sociais* (*MS*). Star e Griesemer admitem que seu desenvolvimento e sua circulação exercem o centro da coordenação das atividades que envolvam vários *MS*.

No modelo proposto pelos interacionistas, todas as **‘traduções’ devem ser flexíveis e devem permanecer em aberto.** Cada *‘tradutor’* esforça-se para manter o interesse de outras audiências e torná-las como aliadas, mas, ao mesmo tempo, deve ficar atento para maximizar a importância de suas atividades. Para Löwy, o principal **problema** é como **reduzir as incertezas locais sem perder a cooperação dos aliados.** Ela ressalta que uma vez estabelecido um *‘ponto de passagem’* (*‘passage point’*) entre dois *mundos sociais*, torna-se necessário defender este ponto contra outras traduções competitivas que possam ameaçar torná-lo inválido. Acrescenta que o trabalho entre todos os participantes em uma determinada arena é **interdependente** e que esta deve ser estudada como uma **unidade singular**, exatamente como se estuda o *‘sistema ecológico’* natural ou, lembra Fleck, como uma **‘unidade de vida harmoniosa’** (*harmonious life unit*) com fronteiras fluidas e partes interdependentes. (LÖWY, 1996, mimeo).

O interesse dos interacionistas em ciência, como trabalho, e no desenvolvimento de arenas de ações específicas leva-os também a prestarem atenção a mecanismos de exclusão das ações. Löwy comenta que filósofos e historiadores da ciência, “os tradicionais” eram interessados nas chefias, nas principais descobertas e nos eventos chaves. Löwy afirma que esse foco de ação, embora importante, mascara outras contribuições também importantes de trabalhadores subordinados que participam do empreendimento científico como os estudantes, os técnicos e os secretários. Os interacionistas argumentam que a análise simétrica dos

elementos visíveis e invisíveis do trabalho efetuado por todos os participantes num evento científico promove uma imagem da ciência que é muito diferente daquela divulgada pelos próprios cientistas. E que esta visão alternativa privilegia a heterogeneidade, a resistência ao recrutamento para trabalhos padronizados e o esforço para defender diversas identidades, favorecendo a transformação de posições marginais em potenciais fontes de apoio e poder. (LÖWY, 1996, mimeo).

Esse trabalho, porém, não é simples quando se consideram **as tensões** que são criadas, frente aos diferentes pontos de vista, dos diferentes *Coletivos de Pensamento*, com seus múltiplos *Estilos de Pensamento*, que buscam definir e generalizar seus conhecimentos.

Star e Griesemer desenvolveram uma estrutura analítica (*Objeto Fronteira*) que interpreta materiais históricos e que pode ser aplicada em estudos que se interessem por trabalhos científicos realizados em instituições complexas. Esses autores argumentam a existência de mitos frequentes caracterizando as cooperações científicas como sendo um consenso imposto pela natureza; porém quando examinam o atual trabalho das organizações com empreendimentos científicos, não conseguem encontrar esse consenso. Enfatizam que essas são idéias comuns entre os cientistas sociais, como por exemplo, aqueles pertencentes à ‘*Escola de Chicago*’. **Acrescentam que os atores da ciência se deparam com muitos problemas para assegurar a integridade das informações, na presença de grandes diversidades, já que eles provêm de diferentes mundos sociais e estabelecem um mútuo ‘modus operandi’.** Citam, como exemplo, as diferenças entre aqueles que são encarregados de conseguir os ‘*grants*’ e contratos, para dar continuidade a uma determinada pesquisa, daqueles que trabalham diretamente com o objeto da pesquisa, como, por exemplo, os biólogos. Quando se faz necessária a interseção desses atores, podem aparecer dificuldades. **Cientistas e diferentes atores devem contribuir para entender (traduzir) a ciência, negociar, debater, triangular e simplificar o trabalho em conjunto.**(STAR e GRIESEMER, 1989).

Esses autores lembram também que **o problema da tradução**, descrito por Latour, Callon e Law, é central para o tipo de reconciliação, ao invés de se criar uma autoridade científica. Os *aliados* (Latour) podem reinterpretar suas preocupações para conseguir atingir suas metas. A autoridade deve ser metodológica. Latour e Callon chamaram esse **processo de interessement**, para indicar a tradução das preocupações dos não cientistas dentro

daquelas dos cientistas. E Star e Griesemer tentam interpretar a **categoria de *interessement*** como sendo o desafio intersectando *mundos sociais*, que passa pela coerência das traduções, e afirmam que esse **não pode ser entendido sob um único ponto de vista.**

Em busca de métodos que possam ajudar a entender a dinâmica de um **trabalho científico**, Star e Griesemer voltam a lembrar sua **heterogeneidade** e necessidade de **cooperação**, que não podem ser manejadas com simplicidade ou de qualquer forma. Esses autores sugerem dois **instrumentos** que podem contribuir para o sucesso desse empreendimento: estabelecer *métodos ‘standards’* e desenvolver ***Objetos Fronteiras (Boundary Objects)***. O interesse desse trabalho está focado nessa segunda categoria: *Objeto Fronteira*.

Objeto Fronteira* representa um conceito analítico daqueles objetos científicos que podem habitar os múltiplos mundos sociais intersectados entre si, satisfazendo ao mesmo tempo as necessidades de cada um.** Para satisfazer esse objetivo, eles precisam ser plásticos o suficiente para se adaptarem às necessidades locais e aos constrangimentos dos muitos sujeitos que o empregam, e ainda robustos para manterem uma identidade comum em diversas situações. Esses objetos podem ser ao mesmo tempo abstratos e concretos. Eles **podem ter diferentes significados em diferentes *mundos sociais, mas suas estruturas devem ser suficientemente comuns para **poderem ser reconhecidas por mais de um mundo, como um modo de tradução.** A criação e o manejo do *Objeto Fronteira* é o processo chave em desenvolver e **manter coerência através dos *mundos sociais* intersectados.**

Num estudo de um museu de animais vertebrados na Califórnia, Star e Griesemer referem-se como exemplo de *Objeto Fronteira*: os espécimes, os museus, os mapas de determinados territórios. A natureza fronteira desses objetos é refletida pelo fato de eles serem simultaneamente concretos e abstratos, específicos e genéricos, em geral heterogêneos. Estes autores salientam que os protocolos **estabelecidos não resultam da imposição da visão de um único mundo, mas de âncoras ou pontes, que podem ser temporárias.** Para eles seus enfoques diferem do modelo de tradução e *interessement* de Callon-Latour-law de diferentes modos. Um deles é a inserção de um número maior de pontos de passagem que permitam a comunicação e a interação dos diferentes atores que compõem uma instituição. Concluem que os diferentes compromissos dos participantes de diferentes *mundos sociais* refletem um

fenômeno fascinante: **o funcionamento de mistas economias de informação, com diferentes valores e apenas parcial superposição.**

Bower e Star escrevem que *Objeto Fronteira* deve ser utilizado, não apenas em casos de ambigüidade visando soluções temporárias devido a desentendimentos em casos de anomalias. Mas, preferivelmente, devem ser entendidos como um sistema de organização entre comunidades de prática, como formas canônicas para todos os objetos de nossas construções e ambientes naturais. Inferem, porém, que a maioria das escolas impedem o desenvolvimento de *Objetos Fronteiras* porque elas desmantelam a ambigüidade e ignoram a existência de fronteiras. Dizem que ambos, as fronteiras e os objetos anômalos são omitidos. Para eles existe mais a ser feito na análise dos sistemas de classificação do que desconstruir narrativas universais. Essas narrativas devem ser desafiadas e existem caminhos para escalar do local para o social através do conceito de estruturas fronteiras e que nesse processo podemos reconhecer nossa natureza híbrida sem perder nossa individualidade. Sobre a possibilidade, de desenhar o *Objeto Fronteira*, para criar uma melhor sociedade, eles respondem que é tentador. Acrescentam esse objeto como meta para a educação progressiva, multiculturalismo nas universidades e com o objetivo de organizar o sistema de informação que pode ser acessado por pessoas com pontos de vista bastante diferentes. Concluem que o valor dessa abordagem é que ela nos permite intervir na construção das infraestruturas, que certamente existem e são poderosas, não só como críticos, mas também como planejadores. (BOWER e STAR, 1999, p.285-317).

CAPÍTULO 2

EDUCAÇÃO MÉDICA: PROPOSTA DE MUDANÇA DE ESTILO DE PENSAMENTO

Na contemporaneidade, as tentativas que se esboçam para **superar os *Estilos de Pensamento* clássicos que se embasaram em categorias redutoras e disjuntivas**, mas que **atualmente, estão voltadas, para agregarem-se ao mesmo tempo, separação e ligação, análise e síntese**, também influenciam mudanças da práxis pedagógica. Nesta, contempla-se atingir uma unidade que integre as diversidades educacionais, através de sua **aptidão em contextualizar**, seja atribuindo valor ao pessoal e à singularidade, mas ao mesmo tempo ao vínculo e à totalidade. São tendências que propõem a sintetizar unidades em totalidades organizadas. Essas idéias podem ser justificadas pela proposta de Morin (1996, 2000) que considera **o todo com qualidades próprias, que não podem ser previstas apenas pelo estudo das partes, mas que pode modificá-las de acordo com suas propriedades e ser maior do que a soma de todas elas**.

A fase atual que enfrenta mudanças crescentes ativadas pelo processo de contextualização confere à educação um tema pertinente para constante debate frente à necessidade de acesso à informação, escolarização, socialização e comunicação. Bianchetti (2001, p.57), ao escrever sobre ressignificando o nexó entre informação e conhecimento ou como se estabelece uma equivalência entre quantidade e qualidade, lembra:

“Dispor de dados e informações é um pressuposto importante para o conhecimento, mas eles por si mesmos não são garantia suficiente para que os seus possuidores abandonem a atitude passiva de depositários. Conhecimento, nunca é demais repetir, tem a ver com construção.”

Porém, para se ensinar sobre a construção de valores, fiéis ao estilo de pensamento hegemônico daquele momento, precisa-se que se inicie esse trabalho desde a infância, pois

parece ser um processo mais adequado, do que ter que desconstruir valores anteriores já firmados, para ter que reconstruí-los de modo diferente. Para Max Planck:

“Uma nova verdade científica triunfa não porque convença seus oponentes, fazendo-os ver a luz, mas porque eles eventualmente morrem e uma nova geração cresce familiarizando-se com ela.” (GROF, 1988, p.327).

A história da **Educação Médica que também pode ser entendida como variação de Estilos de Pensamento**, mostra sua inter-relação com estilos que tradicionalmente são validados pelos estudos das ciências exatas, como a Física e a Matemática. Os sucessos, gerados pela solução de problemas e aplicações tecnológicas dessas experiências, são transferidos e aplicados em outros campos como, por exemplo, os biológicos, sociológicos, antropológicos e médicos. Nos últimos três séculos, a ciência ocidental caminhou majoritariamente sob a orientação dos trabalhos de pesquisa do físico Isaac Newton e do filósofo francês René Descartes. **No estágio atual, se verifica a hegemonia do modelo cartesiano**, assim como uma indefinição em se estabelecer um caminho claro para alcançar as mudanças de concepções epistemológicas que tornaram esse **modelo inadequado**. **A Medicina, em consonância com esses conceitos hegemônicos, adotou uma crença cartesiana de separação absoluta entre a mente e a matéria, de tal modo que se aceitou, no mundo ocidental, a descrição do mundo material com objetividade, despojando-se da mente como observadora**. Conforme já relatado, acreditou-se, durante muito tempo, na neutralidade da relação sujeito-objeto. Descartes prescreve para a construção da ciência, como também para o sucesso na vida, seguir os imperativos da razão, que tal como na Matemática, opera por intuições e análises. (MORENTE, 1980; PEIXINHO, 2001; CUTOLO, 2001).

Acreditou-se ser possível a reconstituição exata de qualquer situação ocorrida no passado, bem como na certeza da previsão futura, **admitindo-se que os eventos do mundo material são cadeias de causas e efeitos interdependentes**. Em busca dessa precisão, **aceitou-se como verdadeiro apenas o que fosse evidente, ou seja, o induzido com clareza**. E nessa subdivisão em quantas partes fossem necessárias, **pode-se ter omitido muito do que existia nas interfaces e nas inter-relações entre esses fragmentos**. Peixinho expressa essa conduta:

“o preceito de análise consiste em dividir cada uma das dificuldades que se apresentam em tantas parcelas quantas sejam necessárias para serem resolvidas; o preceito da síntese, conduzindo com ordem os pensamentos, começando dos objetos mais simples e mais fáceis de serem conhecidos, para depois tentar gradativamente o conhecimento dos mais complexos, e o preceito da enumeração – realizar enumerações de modo a verificar que nada foi omitido.” (PEIXINHO, 2001, p.34).

E ainda sobre o mundo de Descartes, Morente continua:

“Esse mundo, formado por idéias claras e distintas, foi elaborado tirando todas as irregularidades, as cores, as complicações; é um mundo de pontos, linhas, ângulos, figuras geométricas em movimento; seu pensamento consegue reduzir o confuso e o obscuro ao claro e distinto, eliminando do universo a qualidade, deixando exclusivamente a quantidade. E essa quantidade, submetida à medida e à lei e tratada matematicamente, produz o mundo científico tão diferente do mundo da nossa intuição sensível. O problema da vida é resolvido mecanizando a vida. Sentimentos, paixões e emoções são também produtos da razão ainda confusos e obscuros...” (MORENTE, 1980, p.324).

A respeito deste mesmo assunto, Delizoicov, quando escreve no editorial do Caderno Catarinense de Ensino de Física (1996, vol 13, n.3), salienta a importância de se transmitir aos alunos a perspectiva de uma **compreensão epistemológica para conceber o status do conhecimento como uma verdade histórica e não mais como a verdade extraída dos fatos, desmistificando a visão de Ciência como pronta, acabada e imutável**. Esse mesmo autor destaca a importância das categorias de Fleck ao reconhecer a amplitude de sua aplicação quando afirma:

“...o potencial deste modelo epistemológico como uma referência para a investigação de problemas de ensino de ciências, não só porque suas categorias analíticas poderiam ser aplicadas tanto para o caso do conhecimento do senso comum, como para o científico, e as possíveis inferências que daí tiraríamos para a busca de soluções dos problemas de pesquisa, como também para agrupamentos de outros profissionais, como por exemplo professores das ciências dos vários níveis de ensino. Este modelo, caracterizado pela sociogênese do conhecimento, auxiliaria na caracterização e compreensão da atuação de grupos de docentes, indicando novos caminhos a serem percorridos na formação inicial e contínua de professores.” (DELIZOICOV et al.,1999, p.9)

2.1 ESTILO DE PENSAMENTO EMERGENTE EM EDUCAÇÃO MÉDICA

A práxis pedagógica costuma seguir as tendências que emergem de um novo estilo de pensamento que se forma na ciência. Porém, esse processo dependerá da consolidação dos pressupostos que explicam o mundo atual, assim como, do envolvimento da comunidade de pesquisadores. **Desde o início do século XX, foram feitas muitas tentativas para renovar os métodos educacionais, principalmente em relação à passividade do aluno e aos fins da educação escolar, esses reduzidos apenas à transmissão de conhecimentos intelectuais. Para superar essa situação, nasceram movimentos** como o da Escola Ativa e o da Liberdade para aprender, de Summer Hill, e muitos pedagogos como Maria Montessori, Decroly, Froebel, Rudolf Steiner desenvolveram metodologias. Peixinho (2001) resume que alguns educadores levaram em consideração polaridades como ensino cognitivo versus ensino afetivo, estruturas livres versus estruturas organizadas, ambiente burocrático versus ambiente humanizado.

Desse modo, **a educação escolar projeta substituir o modelo tradicional de ensino pelo de gestão do conhecimento.** Com esse intuito, a Comissão Internacional sobre Educação

para o Século XXI discutiu modelos transformadores, valorizando a manutenção de uma aprendizagem por toda a vida, estruturada em quatro pilares: ***“aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser”***. (DELORS, 1999, p.215, grifo meu). O Conselho Nacional de Educação, em 7/8/2001, aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina e deu *“ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referências nacionais e internacionais de qualidade.”* (p.2). Nesse mesmo documento, está escrito, como objetivo das diretrizes curriculares, levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a apoiarem-se naqueles mesmos quatro pilares citados por Delors, ***“garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.”*** Propõe como perfil do formando egresso/profissional: ***“médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.”*** (ME-CNE, 2001, p.3-4).

Foi comentado que diversos autores argumentam que **desconstruir da mente dos estudantes os pressupostos cartesianos, profundamente enraizados, para reconstruir um novo modelo emergente, requer um trabalho prolongado e complexo até que se solidifiquem concepções alternativas legitimadas como científicas.** Dificuldades semelhantes frente a esses obstáculos de desconstruir/reconstruir foram mostradas por Rosa (1999), socióloga, em sua tese de doutorado em Educação na Universidade Federal da Bahia (UFBA): *“Trabalho pedagógico e socialização; um estudo sobre a contribuição da escola para a formação do sujeito moral”*. Essa autora desenvolveu uma pesquisa em duas classes de 4ª série do ensino fundamental: uma classe pertencia a uma escola comunitária e a outra, a uma escola pública em Salvador (Bahia). Rosa procurou verificar se os alunos da escola comunitária eram portadores de uma sociabilidade que os diferenciava da sociabilidade dos alunos da escola pública, ambos os grupos, pertencentes ao mesmo meio social. Essa autora

concluiu que, apesar de haver uma certa distinção nas características do trabalho pedagógico realizado por cada uma dessas escolas, quanto à sociabilidade, os alunos da escola comunitária não se distinguem dos alunos da escola pública, apresentando desempenhos semelhantes quando comparados em relação a um determinado conjunto de competências: interativa, moral e discursiva prática. Rosa afirma que: *“uma apreciação geral sobre os resultados do estudo sugere que a família, o grupo de pares e outros grupos externos à escola e com os quais os alunos das escolas interagem além dos meios de comunicação exercem forte influência sobre a educação moral dos sujeitos.”* (ROSA, 1999, p.305).

Peixinho, médico, filósofo e psicólogo, propôs, através da pesquisa-ação utilizada em sua tese de doutorado em Educação, *Educação Médica – O desafio de sua transformação*, uma reformulação do currículo do curso de Medicina na UFBA, no sentido de **transformar as práticas fragmentárias em atividades integradas**. Para ele, o problema em foco era como transformar as disciplinas, adaptando-as às tendências mundiais em Educação Médica. E relata: *“o objeto da nossa pesquisa foi a constituição de um corpo docente capaz de atuar em consonância com os saberes contemporâneos das ciências da educação, aplicados à formação do médico, a partir de um conjunto de profissionais de permanência limitada e sem conhecimento pedagógico. Trabalhamos com a hipótese de que se fossem oferecidas condições de aprendizagem sobre Pedagogia Médica, numa abordagem holística, os médicos envolvidos responderiam com uma ação transformadora na disciplina, capaz de se convencerem e, sincronicamente, tornar aceito o novo padrão de ensino pelo corpo discente.”* (PEIXINHO, 2001, p.106).

Quanto às qualidades inerentes aos profissionais que se graduam, o mesmo autor, resumiu como objetivos principais da Educação Médica formá-los com:

- ❖ *“Conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para resolver os problemas de saúde da população”.*
- ❖ *“Competência em comunicação, adequada e proativa, com todos os participantes do processo – pacientes, familiares, equipes multiprofissionais, grupos, comunidades e instituições”.*

- ❖ *“Compreensão multidimensional do ser humano, incluindo aspectos biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais”.* (p.108)

Para atingir seus objetivos, Peixinho refere que o currículo de Medicina deverá construir ações que possibilitem:

- ❖ *“Considerar o aluno como sujeito da aprendizagem, ser singular, relacional, contextualizado, dotado de múltiplas inteligências, com perfis cognitivos e estilos de aprendizagem diversificados”.*
- ❖ *“Caracterizar o docente como facilitador dos processos investigadores, capaz de resolver problemas, organizar conteúdos e atividades, analisar erros, formular hipótese, sistematizar”.*
- ❖ *“Estabelecer a relação aluno-professor em bases dialógicas”.*
- ❖ *“Realizar procedimentos pedagógicos valorizando a autonomia intelectual, a investigação, a vivência na práxis, o ritmo pessoal ou grupal de aprendizagem, o aprender a aprender”.*
- ❖ *“Tornar a avaliação parte do processo de aprendizagem;...utilizando-se de instrumentos capazes de avaliar a diversidade de inteligências; enfatizar o sucesso”.* (p.108-109)

Este autor enfatiza, como cenário proposto, para um dos objetivos da disciplina: *“contextualizar o saber médico e suas práticas em seus aspectos históricos e epistemológicos; explicitar a natureza multiforme do conhecimento médico como ciência, filosofia e arte; pontuar aspectos relevantes do desenvolvimento histórico da medicina”.* (p.111-112)

Dentre as muitas limitações que sua pesquisa enfrentou, ao comparar o cenário vigente com o cenário proposto, Peixinho cita: *“limitações significativas pelo modo fragmentário de perceber a realidade e pela dificuldade de assimilação e vivência em um paradigma emergente; acrescenta: a abordagem biopsicossocial carece de aprofundamento e experimentação. Na verdade, a questão biológica domina fortemente a formação da maioria dos profissionais envolvidos, dificultando a percepção das dimensões psicológicas e sociais como imbricadas e determinantes do adoecimento físico”.* (p.171)

“Outra variável relevante para a não-consecução do avanço em práticas multidisciplinares...foi a própria formação do médico, onipotente, autocentrada e também especializada. Avançar da especificidade para a generalidade, do autoritarismo pedagógico expositivo para a práxis dialógica ativa, do biomédico para o biopsicossocial já era por demais desestruturante.” (p.173).

Apesar de considerar que a aplicação desse paradigma emergente esteja em fase inicial, Peixinho (2001, p.59-73) destaca alguns princípios condizentes com ele, que poderão ser introduzidos na prática pedagógica e que serão apresentados a seguir resumidos:

1. ***A interconectividade dos problemas educacionais-*** o sistema educacional precisará ser compreendido como um sistema vivo, que não funcione em cadeias lineares de causa e efeito. Peixinho (p.59) explica que os problemas educacionais não podem ser apreendidos estática e isoladamente; pelo contrário, deve-se perceber segundo Kuenzer (1990) *“o movimento dos fatos, as formas de estruturação, as conexões internas, as relações de causalidade, as distinções entre o permanente e o transitório.”* Para Peixinho (59-60): *“Será fundamental substituir compartimentação por integração, desarticulação por integração, descontinuidade por continuidade, compreensão estática dos problemas por percepção histórica.”*
2. ***A reintegração do sujeito*** – nesse item o mesmo autor escreve: *“a negação da separatividade entre sujeito e objeto, como decorrência da cosmovisão quântica, orientará a práxis pedagógica. Desaparecerá assim, o mito da neutralidade científica. Há uma percepção integrada entre o sujeito observado, objeto observável e a observação propriamente dita. A pessoa participa da construção do mundo no ato de observá-lo e os antigos dados da realidade são compreendidos como construtos do conhecimento.”* (p.60).
3. ***A transdisciplinaridade como forma de organização do conhecimento*** – Peixinho refere que a tendência fragmentadora na formação de saberes especializados, reunidos em disciplinas que progressivamente se tornaram quase incomunicáveis, não se coaduna com

a realidade dos avanços científicos: una, indivisível e complexa. Tornou-se necessário, no plano do saber, reinstituir a unidade perdida. Ele comenta: *“a transdisciplinaridade geral, definida na Declaração de Veneza, é a axiomática entre ciência, filosofia, arte e tradição. Como axiomática, resulta de um esforço de conceitualização que leva à compreensão e à definição do novo paradigma holístico. A transdisciplinaridade torna essencial a construção de redes de conhecimento. Desaparecem as hierarquias e as disciplinas hegemônicas.”* (p.62).

4. ***A compreensão multidimensional do ser humano*** – Peixinho cita que a percepção do homem se altera radicalmente na abordagem holística. Para ele, o paradigma emergente concebe uma totalidade indivisa, dotada de autonomia e, ao mesmo tempo, formada de partes que lhe conferem complexidade multidimensional.
5. ***A educação como passo de evolução*** – *“a educação contribui para o processo evolutivo na medida que amplia a consciência do ser no mundo, gera acréscimo de autonomia, facilita a integração do homem como ser múltiplo, desabrocha a liberdade e estimula a criatividade.”* (p.66).
6. ***educador – facilitador holocentrado*** - para Peixinho, o paradigma emergente em educação exige uma nova postura dos educadores e que seu papel deverá ser completamente reformulado. Acrescenta que a antiga função de detentor do conhecimento desaparecerá progressivamente na era da informática e que novas habilidades serão necessárias para perceber o ser humano em sua complexidade multidimensional num mundo em permanente mutação.
7. ***currículo como estrutura dinâmica*** - este autor refere que, diferentemente do paradigma tradicional, no qual o currículo é determinado previamente, de modo sequencial, linear e centrado usualmente em conteúdos, isto é, em objetivos e em planos rigidamente estruturados, no paradigma emergente, que identifica o conhecimento e o pensamento como em constante processo, valoriza-se a capacidade de problematizar, de recriar as metodologias e atuar contextualizadamente, e aproveita as flutuações sociais e perturbações ambientais imprevisíveis para novas aprendizagens. Conclui, então, que ele

emerge da interação do sujeito e do ambiente, que se transformam e se reinventam. (PEIXINHO, 2001, p. 59-73).

Em continuidade a essa linha de pensamento que propõe desfazer o modo fragmentário de perceber a realidade, Edgar Morin (2000, p.13-18) sugere **os sete saberes para serem incorporados a todos os sistemas de educação**:

1- ***As cegueiras do conhecimento: o erro e a ilusão.*** Segundo ele, o conhecimento não pode ser considerado uma ferramenta pronta sem que sua natureza seja examinada. O conhecimento do conhecimento deve aparecer como necessidade primeira, para que possa enfrentar os riscos permanentes de erro e de ilusão.

2- ***Os princípios do conhecimento pertinente.*** Esses se referem à necessidade de promover o conhecimento, capaz de apreender problemas globais e fundamentais, para neles inserir, os conhecimentos parciais e locais. Diz que “*A supremacia do conhecimento fragmentado, de acordo com as disciplinas, impede freqüentemente de operar o vínculo entre as partes e a totalidade; deve então ser substituída por um modo de conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto.*” (p.14).

3- ***Ensinar a condição humana.*** “*O ser humano é a um só tempo: físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico. Esta unidade complexa da natureza humana é totalmente desintegrada na educação por meio das disciplinas, tendo-se tornado impossível aprender o que significa ser humano*”. (p.15).

4- ***Ensinar a identidade terrena.*** “*Será preciso indicar o complexo de crise planetária que marca o século XX, mostrando que todos os seres humanos, confrontados de agora em diante aos mesmos problemas de vida e de morte, partilham um destino comum.*” (p.16).

5- ***Enfrentar as incertezas.*** “*A educação deveria incluir o ensino das incertezas que surgiram nas ciências físicas (microfísicas, termodinâmica, cosmologia), nas ciências da evolução biológica e nas ciências históricas.*” (p.16).

6- **Ensinar a compreensão.** “A compreensão é a um só tempo meio e fim da comunicação humana.” (p.16). “A compreensão mútua entre os seres humanos, quer próximos, quer estranhos, é daqui para a frente vital para que as relações humanas saiam de seu estado bárbaro de incompreensão.” (p.17).

7- **A ética do gênero humano.** “A educação deve conduzir à ‘antropo- ética’, levando em conta o caráter ternário da condição humana, que é ser ao mesmo tempo indivíduo/sociedade/espécie.” (p.17).

As novas perspectivas para entender o ser humano apontam para uma compreensão multidimensional integrada a uma totalidade indivisa. Essa complexidade do conhecer foi estruturada por Weil que ressalta a predominância de grandes áreas: Ciência, Filosofia, Religião e Arte. Ainda para a estruturação do conhecimento a consciência apresenta quatro formas de orientação: a razão, a intuição, a sensação (percepção) e o sentimento. (WEIL, 1993).

Uma tabela comparativa das *diferenças paradigmáticas em educação* que apresenta as pressuposições do velho e do novo modelo em Educação pode ser examinada a seguir. (WEIL, 2000). (Tabela 2)

TABELA 2 – Diferenças paradigmáticas em educação

| PRESSUPOSTOS DO VELHO PARADIGMA DE EDUCAÇÃO | PRESSUPOSTOS DO NOVO PARADIGMA DO APRENDIZADO |
|--|---|
| Ênfase no conteúdo, adquirindo um conjunto de informações “corretas”, de uma vez por todas. | Ênfase em aprender como aprender, como fazer boas perguntas, prestar atenção às coisas, manter-se aberto aos novos conceitos e avaliá-los, ter acesso à informação. O que agora se “sabe” pode mudar. A importação do contexto. |
| Aprendizado como um produto, uma destinação. | Aprendizado como um processo, uma jornada. |
| Estrutura hierárquica e autoritária. Recompensa o conformismo, desencoraja a divergência. | Igualitária. Sinceridade e divergências permitidas. Alunos e professores se vêem uns aos outros como gente, não como funções. Encoraja a autonomia. |
| Estrutura relativamente rígida, currículo predeterminado. | Estrutura relativamente flexível. Crença em que há muitos caminhos para ensinar-se determinado assunto. |
| Progresso controlado, ênfase nas idades “apropriadas” para certas atividades, segregação por idade. Compartimentado. | Flexibilidade e integração por grupos de idade. O indivíduo não é automaticamente limitado em qualquer assunto pela idade. |
| Prioridade na realização. | Prioridade na auto-imagem como geradora de realização. |

Continua...

Continuação...

| PRESSUPOSTOS DO VELHO PARADIGMA DE EDUCAÇÃO | PRESSUPOSTOS DO NOVO PARADIGMA DO APRENDIZADO |
|---|---|
| Ênfase no mundo exterior. A experiência interior com frequência considerada inapropriada na moldura escolar. | A experiência interior encarada como contexto para o aprendizado. Uso de imagens, relatos de histórias, diários de sonhos, exercícios de “centralização” e encorajamento da exploração de sentimentos. |
| Desencorajamento de dúvidas e do pensamento divergente. | Encorajamento das dúvidas e do pensamento divergente como parte do processo criativo. |
| Ênfase no pensamento analítico, linear, do cérebro esquerdo. | Esforço na educação para todo o cérebro. Aumento da racionalidade do cérebro esquerdo com estratégias holísticas, não-lineares, intuitivas. Ênfase, na confluência e na fusão dos dois processos. |
| A rotulação (corretivo, dotado, cérebro em disfunção mínima, etc) contribui para o autopreenchimento de vaticínios. | A rotulação usada apenas em um papel consagrado pelo uso e não como uma avaliação fixa que arruína a carreira educacional do indivíduo. |
| Preocupação com normas. | Preocupação com a realização do indivíduo em termos de pontencial. Interesse em testar os limites exteriores, transcendendo os limites visíveis. |
| Confiança principalmente no conhecimento teórico e abstrato no “conhecimentos livresco”. | Conhecimento teórico e abstrato amplamente complementado por experimentos e pela experiência, não só nas salas de aula como fora delas. Viagens ao campo, aprendizagem, demonstrações, visitas a especialistas. |
| Salas de aula planejadas para eficiência e | Preocupação com o ambiente do aprendizado: |

| | |
|--|--|
| conveniência. | iluminação, cores, arejamento, conforto físico, necessidade de privacidade e de interação, atividades calmas e fartas. |
| Normas burocraticamente determinadas, resistentes aos anseios da comunidade. | Encorajamento dos anseios da comunidade, até mesmo do controle pela comunidade. |
| A educação é encarada como necessidade social, durante certo período de tempo, para inculcar um mínimo de capacidade e treinamento para desempenho de determinado papel. | A educação é vista como um processo que dura toda a vida, relacionado apenas tangencialmente com a escola. |
| Aumento de confiança na tecnologia (equipamento audiovisual, computadores, fitas, textos), desumanização. | Teconologia apropriada, relacionamentos humanos entre professores e educandos são de importância fundamental. |
| O professor proporciona conhecimentos. Rua de mão única. | O professor é um educando também, aprendendo com seus alunos. |

Fonte: WEIL, 2000.

2.2 EDUCAÇÃO MÉDICA: PROBLEMAS ATUAIS

Um dos marcos que configuram o desafio das novas posturas que pretendem ampliar o conhecimento médico, respeitando a arte e a ciência, valorizando o ser humano em seu todo, biopsicossocial e em suas partes, encontra-se escrito na *‘Declaração de Edimburgo’* de 1988, que foi formulada por representantes das escolas médicas de seis regiões mundiais ao constatar que: *“Cada dia, milhares de pessoas sofrem e morrem de doenças passíveis de prevenção, ou de cura,.... Todos esses fatos levaram à preocupação crescente, na Educação Médica, com a equidade na prestação de serviços de saúde, a humanização da prestação de serviços e os custos totais para a sociedade.”* (PEIXINHO, 2001, p.213; original em anexos).

São resultados que denotam a ocorrência de muitos problemas a serem analisados sobre a Educação Médica, que se propõe a atender a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS), em alcançar o que sintetiza como *‘Saúde para todos’*. Em busca do entendimento dos possíveis fatores que contribuíram para estabelecer essa conjuntura atual, seguem algumas das considerações que são referidas a esse assunto.

Como já foi salientado, a **fragmentação do conhecimento e do trabalho** pode explicar as dificuldades de **comunicação** entre os **especialistas**. Essa atitude dominou o século XX e se estendeu a muitas áreas como: educação, saúde, política, social e econômica. Um outro exemplo pode ser a **hegemonia do modelo econômico do capitalismo** que domina o ocidente e que pode se estender ao oriente nessa fase atual que incentiva um modelo único, a **globalização**. Foi esse modelo que atendeu às leis do mercado e à idéia de quanto maior a especialização, maior a produção, favoreceu a divisão do trabalho isolado e formou homens atrelados a conhecimentos especializados, mas compartimentados.

Hoje, ao rever a **história**, questiona-se a **fragmentação do conhecimento, sem contextualizá-lo**, e a perda de visão da **totalidade** como possíveis responsáveis por alguns dos problemas que se enfrentam. Uma das conseqüências são as **dificuldades nas linguagens de comunicação pelos diferentes especialistas** que não receberam previamente uma formação geral adequada e articulada com esses conhecimentos especializados. Interessado nesse assunto, Morin (1996, p.275) comenta num artigo com o título de *Epistemologia da Complexidade*:

“Na escola, aprendemos a pensar separando. Nosso pensamento é disjuntivo e, além disso, redutor: buscamos a explicação de um todo através da constituição de suas partes. Queremos eliminar o problema da complexidade. Este é um obstáculo profundo, pois obedece à fixação a uma forma de pensamento que se impõe em nossa mente desde a infância, que se desenvolve na escola, na universidade e se incrusta na especialização: o mundo dos ‘experts’ e dos especialistas maneja cada vez mais nossas sociedades.”

Essa atitude se estende à formação do profissional médico, cujos estudos são prioritariamente direcionados ao homem doente fisicamente, desprezando o estudo de fatores históricos, psicoemocionais e sociais que podem influenciar ou até determinar o modo de expressão do ser orgânico. Visualizando também esse aspecto, Morin (1995, p.275) escreve:

“Com a maior comodidade estudamos o homem biológico no departamento de biologia e o homem cultural e psicológico nos departamentos de ciências humanas e de psicologia.”

Em 1970, uma comissão também da OMS, que estudou os defeitos do ensino médico na África, apontou como principais problemas: *currículo inadequado, separação entre ciências básicas e clínicas, a indiferença em relação às reais necessidades sanitárias da comunidade, sobrecarga de horários, falta de participação ativa dos alunos e métodos de avaliação inconstantes*. (LISBOA,1999, p.135). Estes problemas, conforme Peixinho (2001, p.19), continuam sendo atuais, em várias partes do mundo, e se acrescem pela *falta de definição dos objetivos institucionais, da multiplicação exagerada das disciplinas, do sistema de créditos e da inexistência de interdisciplinaridade*”.

Um documento publicado pela Associação de Escolas Médicas dos Estados Unidos em 1984, com o título: *A Educação Profissional Geral dos Médicos do Século XXI (Physician for the Twenty First Century)* comenta sobre uma erosão na competência dos clínicos praticantes, na organização do desenho e manejo dos programas das escolas médicas. Desse modo, pode-se inferir que, mesmo nas sociedades ricas, que dispõem de grandes avanços tecnológicos e que conseguem estender os cuidados médicos a quase todos os grupos sociais, a insatisfação com a atenção médica está presente.

Quanto ao modelo de formação de educadores médicos no Brasil, Peixinho (2001, p.177), em sua pesquisa referente a esse assunto, considera-o como claramente limitado. Ele ressalta que a ***“graduação e a especialização médica, sob a forma de residência, não dispõem de qualquer espaço para a reflexão do processo educacional”***; para ele, na maioria dos cursos com a denominação de Mestrado em Medicina, o qual teoricamente seria o espaço privilegiado para tal formação, existe uma disciplina obrigatória para cumprimento da lei, usualmente bem distante dos conhecimentos contemporâneos das Ciências da Educação. Acrescenta que, em muitos casos, ***“o mestrado tornou-se um pequeno doutorado priorizando a pesquisa. A cultura universitária é determinante na valoração inadequada do educador médico, pois reconhece o doutorado como uma titulação superior, não atentando para a diferença fundamental entre pesquisar e educar”***.

O ensino médico e suas repercussões na prática médica, em muitos países, sucederam as determinações do que ficou conhecido como o **Relatório Flexner** – *Medical Education in the United States and Canadá – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (Flexner, 1910) – livro escrito no início do século XX, que trouxe avanços, embora tenha sido aplicado, com fidelidade, no Brasil, apenas a partir da década de 50.

Cutolo (2001) teve a oportunidade de analisar esse relatório ao escrever sua tese de doutorado em Educação: *Estilo de Pensamento em Educação Médica; um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)*. A receptividade desse relatório esteve aliada ao forte interesse das indústrias e ao movimento corporativo comandado pela “*Associação Médica Americana (AMA), cujo objetivo, era tornar hegemônica a ‘medicina científica’, opondo-se à ameaça dos homeopatas e dos que acreditavam que a Medicina, antes de ser uma ciência, era a arte de curar.*” (MENDES, 1985, apud CUTOLO, 2001, p.83). Para alguns autores, (GABR, 1990) o Relatório Flexner chegou ao Brasil com 40 anos de atraso e os cursos ministrados em países em desenvolvimento tendem a copiar e seguir modelos já ultrapassados por países desenvolvidos.

Para Mendes: “*Isso explica a convergência de interesses entre a profissão organizada e o capital industrial que serviu para fortalecer e consolidar a então frágil AMA...Pode-se concluir, pois, que a medicina científica ou o ‘o sistema médico capital monopolista’ se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a cooperação médica e as universidades.*” (MENDES, 1985 apud CUTOLO, 2001, p.83).

O Relatório Flexner divide o curso médico em ciclo básico chamado de laboratorial e ciclo clínico, conhecido como hospitalar. Para o ciclo básico (dois anos) foram instituídas as disciplinas da ciência básica: Anatomia, Histologia, Embriologia, Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia, Patologia, Bacteriologia e Diagnóstico Físico (FLEXNER, 1910, apud CUTOLO, 2001, p.84). Vale notar que essa divisão em disciplinas consideradas básicas, escolhida integralmente sob um enfoque reducionista do homem, dissociando-o de seu psíquico e de seu social, deixou de incluir, disciplinas das ciências humanas como Psicologia, Antropologia, Sociologia, Epistemologia, História, Filosofia.

Sobre o ciclo clínico desenvolvido em hospital, comporta duas fases: uma, quando são desenvolvidas as disciplinas sistêmico-topográficas e outra chamada de Internato, quando se cumpre um estágio prático. O objetivo principal desse segundo ciclo está focado no estudo das doenças com suas implicações conforme segue: *“O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta.”* (FLEXNER, 1910, p.72 apud CUTOLO, 2001, p.89)

O *Estilo de Pensamento* que foi aplicado na sistematização dessa grade curricular pode ser entendido por esta afirmativa:

“O corpo humano pertence ao mundo animal. É a soma de tecidos e órgãos na sua estrutura, origem e desenvolvimento... ele cresce, reproduz-se, deteriora-se, de acordo com as leis gerais. Está sujeito a ser agredido por agentes biológicos e físicos hostis.” (FLEXNER, 1910, p.53 apud CUTOLO, 2001, p.85).

Cutolo dimensiona que existia um objetivo da Medicina alcançar o “status” de Ciência através de sua dependência essencial com as ciências físicas, químicas e biológicas, a aplicação em paralelo de métodos para pesquisa científica e a conseqüente aplicação tecnológica. Salienta palavras e expressões constantes no discurso Flexner como: experimentação, técnica científica, progresso da ciência, leis gerais e métodos. E comenta que a postura de Flexner, inovadora e revolucionária para sua época, encontra semelhanças com o positivismo lógico e exemplifica por esta afirmativa:

“Elimina de suas mentes (dos estudantes) os princípios metafísicos... o seu contato atual com os fatos coloca-os justamente sobre seus pés e cura-os de todas as fantasias místicas.” (p.63). *O curso normal da atividade do corpo é assunto de observação e experiência; os melhores métodos de combater a interferência (subjetiva) devem ser aprendidos pelo mesmo caminho. A especulação gratuita é estranha para a atitude científica da mente”.* (FLEXNER, 1910, p.53, apud CUTOLO, 2001, p.85).

Esse processo de explicitar a Medicina na condição de ciência pode ser compreendido pela *“...forma sistemática de classificar doenças, síndromes, sintomas, e de buscar uma explicação causal para esses fenômenos;...”* (LUZ, 1993, p.15 apud CUTOLO, 2001, p.87). E também numa visão mecanicista e fragmentada, como se segue:

“Ele (o anatomista) vê o corpo... como uma máquina que pode ser tomada em pedaços, para mais perfeitamente compreender como funciona.” (FLEXNER, 1910, p.58, apud CUTOLO, 2001, p.87).

Em resumo, a aplicação do Relatório Flexner nas Escolas de Medicina americanas e posteriormente no Brasil denota o objetivo claro de equivaler a Medicina ao nível do que, na época, era considerado científico para ciências como a Física. Esse modelo é fragmentado e limita-se a um enfoque unicamente biológico das doenças, com exclusão da interferência social. Sobre esse relatório, Santos interpreta-o como dirigido à compreensão e leitura do processo mórbido, com o objeto de estudo focado nos sistemas e nos órgãos isolados do corpo do indivíduo, excluindo a visão de totalidade, a causalidade social e favorecendo o exercício da visão mecanicista. (SANTOS, 1986, apud CUTOLO, 2001, p.92). E Luz também opina:

“A ascensão da ciência como forma socialmente legítima – depois legal- de produzir conhecimento, com progressivo descrédito da arte e da experiência comum, cotidiana, é um fato cultural mais amplo que a transformação interna da medicina. Do nosso ponto de vista a medicina apenas exprime e ilustra com radicalidade um processo de racionalização amplo que atingiu o Ocidente...”(LUZ, 1993, p.15 apud CUTOLO, 2001, p.92).

2.3 FORMAÇÃO DO MÉDICO NO BRASIL

Problemas de fragmentação em disciplinas compartimentadas, assim como problemas resultantes de especialização precoce, também pesam sobre os modelos tradicionais do ensino médico brasileiro, como comprovam Gonçalves e Marcondes (1998, p.403), em um dos poucos livros escritos no Brasil sobre Educação Médica, ao dizerem: “*separação clara entre o ciclo básico e o ensino clínico, cursos pobremente coordenados e oferecidos por muitos departamentos diferentes; uso generalizado de residentes como professores durante o internato*” (internato, em geral se refere aos estágios do último ano). Peixinho enfatiza que a política de valorização docente, na universidade brasileira atual, é desalentadora. **Comenta que a progressiva substituição de professores efetivos por profissionais temporários, sem formação pedagógica e sem remuneração compatível, reduziu o interesse e a possibilidade de ingresso de docentes qualificados na universidade.** (PEIXINHO, 2001, p.178).

Gonçalves e Marcondes afirmam que grande parte das deficiências apontadas **decorrem de distorções propostas no Relatório de Flexner** (escolhido para modelo de educação médica nos Estados Unidos e Canadá em 1910, mas ainda dominante no Brasil desde os anos 50), quando a ele se referem : “*...marcado pela passividade dos alunos ao longo do processo de ensino/aprendizagem e pela falta de atualização científica da maioria dos docentes.*”(GONÇALVES e MARCONDES, 1998, p.403).

Quando se realizam essas análises críticas sobre a formação do profissional como médico e como especialista, se reconhecem também as dificuldades e limitações para um intelectual absorver a quantidade de conhecimentos na rapidez em que se formam. E no prefácio do livro sobre Educação Médica, escrito em português, Machado ressalta:

“Esse processo na área médica foi tão intenso que as Faculdades de Medicina chegaram a reconhecer nas últimas décadas que não era possível ministrar no mesmo tempo de duração conhecimentos atualizados no curso de graduação”. E acrescenta que, “em razão disso, as Faculdades de Medicina estão procurando aprimorar os métodos de ensino/aprendizagem, bem como investir em novas técnicas didáticas, além de reformular o currículo e buscar soluções para problemas pedagógicos, entre os quais a avaliação do

aprendizado e do ensino médicos, relação médico-paciente, ética profissional e outros.” (MACHADO, 1998, prefácio).

Por outro lado, Gonçalves e Marcondes (1998, p.400) mencionam que é também o próprio desenvolvimento da tecnologia que se apresenta à disposição do médico e do doente, com recursos importantes para o diagnóstico e tratamento, que atrapalha o médico em suas decisões. E comentam: *“Esse complexo industrial tende hoje a assumir o comando da Medicina, orientando-o às vezes, de maneira distorcida. Utilizando técnicas de promoção mercadológica que freqüentemente conflitam com o exercício ético da profissão médica, o complexo industrial tem eventualmente contribuído para o afrouxamento dos padrões de comportamento médico”*.

Esses autores (p.400) vão mais além quando reforçam a força de pressão da propaganda e do mercado:

“Mesmo quando isso não ocorre, o desenvolvimento tecnológico seduz o médico e o deixa deslumbrado, conduzindo-o a enxergar todas as realidades, inclusive as humanas, pelos óculos da ciência. Esta, já disse alguém, é essencialmente narcisista: ‘no seu umbigo está o centro do mundo’.”

Falam também sobre essa onipotência do comportamento da Ciência e Tecnologia no comando universal, excluindo tudo o que ainda não foi provado pelo rigor científico. Referem-se à submissão da prática médica atual a esse sistema fragmentado, sob a crença de que a *“solução dos problemas de saúde encontra-se na técnica e não no estilo desgastante de vida, marcado pela estrutura social, pelos fatores ambientais, pela subnutrição e por tantos outros elementos. Essa prática médica omite a influência desfavorável do afrouxamento dos padrões de comportamento médico ou da distorção do uso de sofisticados equipamentos.”* (GONÇALVES e MARCONDES, 1998, p.400)

Na análise do currículo da Faculdade de Medicina da UFSC, Cutolo enfatizou que a estruturação da grade curricular dividida em ciclo básico, ciclo clínico e ciclo prático segue os preceitos do Relatório Flexner. Identificou também a hegemonia do *Estilo de Pensamento* que classificou como *biologicista/organicista*, cuja base estava centrada na concepção saúde/doença desenvolvida pelos seis distintos departamentos de ciências biológicas no ciclo

básico. Do ciclo clínico, profissionalizante, destacou a influência marcada dos departamentos clínicos pela sua maciça carga horária (7302 horas) em relação à do Departamento de Saúde Pública (474 horas), além de utilizarem o modelo *hospitalocêntrico*. Comentou sobre a divisão do Departamento de Clínica Médica fragmentado em disciplinas autônomas, dentro da lógica das superespecialidades, cujos conteúdos eram distribuídos por doenças específicas. Cutolo acrescentou também que o curso de graduação da UFSC transmitia aos alunos a idéia de mecanismo de doença com uma relação unicausal. Apresentou como mudanças necessárias e como síntese da prática desse curso:

- *A concepção saúde/doença é biologicista.*
- *A formação dos professores/médicos é a superespecialidade.*
- *A abordagem individual é tecnicista e não humanista.*
- *A postura do docente é a do médico que dá aula e não a do professor de medicina.*
- *A prática em sala de aula é empirista.*
- *O local de ensino é, fundamentalmente, desenvolvido no hospital.*
- *A estrutura é essencialmente disciplinar.*
- *Não há articulação entre os ciclos básico e clínico.*
- *Os conteúdos são desconectados da realidade nacional* (CUTOLO, 2001, p.177-195).

Segundo Cutolo, existem diferentes concepções saúde-doença que permeiam distintos *Estilos de Pensamento* (EP) na Escola de Medicina da UFSC. Considerou a concepção biologicista como hegemônica. Para ele a concepção biologicista, por representar elemento estrutural da maioria dos EP, exerce influência marcada na formação do médico, mas **existe um movimento, pequeno, contra-hegemônico, que está se cristalizando na Escola de Medicina da UFSC, para a formação de um novo EP, cujas estruturas conceituais incorporam os elementos da concepção *biologicista/organicista, da médico-social e da higienista/preventivista***. (CUTOLO, 2001, p.199).

Moreira, estudando o imaginário da relação médico-paciente dos formandos de Medicina, ano de 1998, na Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia (UFBA), demonstrou a existência de um imaginário estudantil distanciado da compreensão do doente como pessoa. A autora atribui esse resultado ao modelo pedagógico de ensino para a competência e às contradições encontradas na análise do currículo, que, por sua vez, negligencia as características individuais do corpo discente, aceita o sistema quantificado de avaliação, dá ênfase ao domínio cognitivo em detrimento à avaliação de comportamentos e atitudes. Destaca que disciplinas que poderiam ajudar a trabalhar a relação médico-paciente, como Psicologia Médica, Antropologia Médica e Ética Médica, são oferecidas quando o aluno ainda está distante do paciente. (MOREIRA, 1999, p.110-112).

A formação do médico no Estado de Santa Catarina tem recebido a atenção das diferentes entidades médicas, como a Associação Catarinense de Medicina (ACM), o Conselho Regional de Medicina (CRM) e o Sindicato dos Médicos de Santa Catarina (SIMESC). Várias publicações emitem suas crescentes preocupações com a abertura de novas Escolas de Medicina em diferentes cidades devido à falta de planejamento e de oferta de uma estrutura física adequada. Numa publicação oficial dirigida só para médicos desse estado com o título de *“Novos Cursos de Medicina: Combata mais essa Epidemia”*, os presidentes dessas três entidades tecem comentários:

“Somos contra a idéia de que todos esses novos cursos têm –todas- condições de colocar à disposição da sociedade um profissional capacitado...Temos sido testemunhas das mais diversas incongruências: vestibulares marcados sem condições de acomodação, setores básicos sem a menor infra-estrutura e, o que é pior, cursos começando sem corpo docente qualificado.” Essas mesmas entidades citam como razões dessa campanha contra a criação de novos cursos em medicina: *“Proliferação de cursos de medicina sem compromisso social e visando apenas mercantilismo; crescimento da natalidade médica sem controle, gerando a saturação do mercado de trabalho; e escassez de residência médica para os recém-formandos.”* (ACM/CRM/SIMESC,2000, p.2-3)

2.3.1 Formação do médico especialista

Após ter relatado as dificuldades enfrentadas pelos cursos de graduação, marcados pela fragmentação e compartimentação das disciplinas no ensino e pela concepção biologicista, estudo aspectos relativos aos **cursos de pós-graduação, fase que notoriamente influencia a prática do profissional médico**. Os cursos teórico-práticos de pós-graduação são organizados pelos diferentes serviços médicos em universidades e hospitais, com o objetivo de preparar o profissional para exercer a sua prática diária em atender aos pacientes. São comumente conhecidos como **Residência Médica**; no Brasil, existe desde a década de 1940 e **é considerado como o principal mecanismo de formação de médicos especialistas**. (FEUERWERKER, 2001). O Decreto nº 80281, de 5 de setembro de 1977, que regulamenta a Residência Médica, se expressa, em seu artigo de nº 1, como:

“A Residência Médica constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”.(MEC, 1985, vol.7, jan-dez, p.9).

Num artigo sobre a formação de médicos especialistas no Brasil, Feuerwerker (2001, p.40) relata a respeito de um dos maiores problemas enfrentados para a implantação da estratégia de saúde da família, que é **“a falta de profissionais com perfil adequado (formação geral capaz de dar atenção integral, de trabalhar em equipe multiprofissional e de articular aspectos da atenção individual e da saúde coletiva).”**

Em seguida, a mesma autora diz que, para resolver esse problema, torna-se fundamental transformar o processo de formação do médico, estimulando mudanças

curriculares profundas para vencer a insuficiência em razão do processo de fragmentação e também mudanças do processo de especialização; comenta que considera essa atitude mais efetiva do que formar médicos com perfil inadequado para depois readaptá-los.

Feuerwerker acrescenta que o impulso do desenvolvimento tecnológico e científico na área médica, a partir do final da década de 1950, estimulou a tendência à especialização, tornando o mercado de trabalho cada vez mais competitivo. Segundo ela, existe um movimento para transformar a formação de graduação em Medicina, embora ainda sem direcionamento claro. Salienta que, por um período de tempo significativo, a grande maioria dos estudantes seguirá buscando especializar-se, já que **ainda não se transformou a imagem de profissional bem sucedido: a do médico especialista.**

Gonçalves e Marcondes (1998, p.403) citam Ayala quando referem sobre a especialização: o aluno de Medicina *“renuncia a aprender um pouco do que é um todo, para aprender quase tudo de algo muito pequeno. Aprende cada dia mais acerca de uma coisa e menos do resto do conjunto delas.”*

Ao analisar o decreto citado acima que rege os cursos de Residência Médica no Brasil, pude comprovar o incentivo à especialização precoce para alunos cujo curso de graduação fragmentado e compartimentado não lhes permitiu adquirir uma visão holística do ser humano em sua condição de paciente. Delego especial atenção para uma referência comparativa dos modelos dos cursos de Residência Médica para aqueles especialistas que serão mencionados nesse trabalho, pois são os mais procurados pelos pacientes que se queixam de uma tríade de sintomas de depressão, insônia e dor, assim como são os que constroem as síndromes para explicar esses sintomas e que serão referidas no capítulo seguinte.

Foi selecionado para comentar o modelo de Residência Médica dos seguintes especialistas conforme Resolução/001/2002 da Comissão Nacional de Residência Médica:

- 1- **Os ortopedistas cursam essa especialidade cirúrgica de acesso direto, sob orientação de professores da mesma especialidade.**
- 2- **Os reumatologistas precisam ter acesso inicial à área básica de Clínica Médica e, após 1 ou 2 anos, cursam a especialidade de Reumatologia.**

- 3- **Os infectologistas podem ter acesso direto à especialidade de Infectologia ou cursam a Residência em Clínica Médica anteriormente.**
- 4- **Os psiquiatras têm acesso direto à especialidade de Psiquiatria.**

O **Médico do Trabalho** pode ter as mais diversas formações, com ou sem cursos prévios de pós-graduação, pois recebe esse título após realização de cursos teóricos complementares, em horários extras a suas atividades oficiais.

Como se pode verificar, os cursos de pós-graduação são, em sua maioria, orientados por especialistas, que direcionam o currículo para trabalhar assuntos relativos a suas respectivas especialidades, além de serem ministrados, em muitas das vezes em locais, clínicas ou hospitais, também especializados. **Posso inferir que esses grupos de especialistas começam a se concentrar em diferentes *Coletivos de Pensamento*, que poderão ter dificuldade para abordar e visualizar o paciente em seu todo, como também de estabelecer uma linguagem de comunicação entre os diferentes colegas de profissão.**

2.4 ESPECIALISTAS MÉDICOS: ESTILOS / COLETIVOS DE PENSAMENTO

A seguir, exponho os dados que me permitiram entender que, **apesar dos especialistas médicos poderem ter em comum uma fundamentação psicossociológica e histórica e terem recebido uma formação semelhante durante seus cursos de graduação, existem argumentos suficientes para classificá-los como pertencentes a diferentes *Coletivos de Pensamento* (CP) que apresentam diferentes *Estilos de Pensamento* (EP).** Como se observou, seus cursos fragmentados e compartimentados na fase de especialização e em suas práticas subseqüentes permitem que eu possa argumentar desse modo.

Conforme foi apresentado, os modelos utilizados que regeram os cursos de graduação seguiram os preceitos estabelecidos pelo Relatório Flexner, que recebeu críticas e foi

classificado como mecanicista e estritamente dirigido ao biomédico. Os cursos de pós-graduação são quase que integralmente ministrados por especialistas e obedecem a programas compartimentados em suas especialidades. Desse modo, **os estudantes de Medicina continuam seus estudos atrelados a visões segmentadas, sem ter oportunidade de estabelecer alguma relação do homem biológico com o mesmo homem em suas faces psíquicas e socioculturais.** Analisando os elementos estabelecidos por Fleck para compor as categorias epistemológicas de EP e CP, que são indissociáveis, posso justificar:

1. **Os diferentes especialistas médicos compõem diferentes comunidades de investigações científicas organizadas, que se reúnem separadamente** durante seus congressos especializados e publicam, na maioria das vezes, em *revistas científicas representativas de suas sociedades médicas.*
2. Esses especialistas, cujas **formações são moldadas de acordo com um determinado EP,** têm **pontos de vista diferentes, legitimados entre os pares;** dessa forma, *constroem pressuposições segundo seus diferentes Estilos de Pensamento.*
3. Eles apresentam *diferentes percepções que são dirigidas a diferentes elaborações intelectivas e objetivas sobre os percebidos. São diferentes construções de saberes, corpos de conhecimento de diversas áreas que confluem num modo de pensar. São diferentes enfoques entrelaçando-se.*
4. *Apresentam linguagem específica ...termos técnicos específicos que os distinguem em diferentes Coletivos de Pensamento.*

2.5 - COMUNICAÇÃO ENTRE OS ESPECIALISTAS MÉDICOS: OBJETO FRONTEIRA

Conforme exposto, os diferentes especialistas médicos podem apresentar diferentes Estilos de Pensamento: recebem diferentes cursos de pós-graduação; atuam na prática com diferentes modelos de avaliação clínica; freqüentam diferentes sociedades médicas; publicam em revistas especializadas. Essa dinâmica pode resultar em diferentes pontos de vistas que são utilizados para a construção de diferentes síndromes, muitas das vezes

podendo-se referir a um mesmo quadro clínico. Como foi apresentado, a organização do trabalho e das pesquisas médicas pode se estruturar de forma fragmentada em compartimentos especializados, que publica, em separado, os resultados obtidos. Penso que a não congregação dos diferentes especialistas para a discussão de temas em comum e a exposição de seus diferentes pontos de vista possa resultar em conclusões parciais. Um estudo em conjunto desses assuntos ainda não totalmente definidos, poderia facilitar o entendimento entre os diferentes especialistas, para a tradução de suas linguagens, comunicação e negociação entre as partes. Esse processo não visaria obrigatoriamente à formação de um único Estilo de Pensamento, mas de se poder compor um consenso harmônico, com Estilos de Pensamento congruentes, para se poder transmitir à sociedade um resultado mais trabalhado entre os diferentes Coletivos de Pensamento (especialistas médicos) e entre os diferentes mundos sociais (ou comunidades de prática) interessadas, como, por exemplo: pacientes e outros profissionais de saúde.

Nesse trabalho, dirigi meu interesse para a formação dos especialistas em **Reumatologia, Infectologia, Ortopedia, Medicina do Trabalho e Psiquiatria**. Embora os reumatologistas e os infectologistas recebam inicialmente uma mesma formação teórica como clínicos gerais, em suas práticas, passam a receber pacientes com queixas dirigidas às suas especialidades. Os ortopedistas, desde o início, em sua pós-graduação, são direcionados ao aprendizado compartimentado das teorias e práticas cirúrgicas dos assuntos de suas especialidades, sob orientação de professores ortopedistas. Os psiquiatras seguem currículo compartimentado, restrito à essa especialidade, além de receberem essas orientações em hospitais psiquiátricos especializados, em localizações distanciadas dos hospitais gerais. O diploma para atuar como médico do trabalho pode ser conferido a qualquer especialista que freqüentar um curso extracurricular, dirigido a esse tipo de formação especializada. Além disso, qualquer médico também pode exercer a função de médico perito, para definir os benefícios dos pacientes licenciados dos seus trabalhos.

Do exposto, posso inferir que não se pode esperar de um profissional que não foi formado para atuar com um atendimento global, realize a anamnese do paciente, inter-relacionando os fatores psíquicos, sociais e culturais que possam interferir em suas expressões orgânicas.

A construção diagnóstica fica também **difícil para explicar pacientes com quadros clínicos que se apresentam sob a forma de sintomas, que podem ter diferentes conotações, e para os quais ainda não se tenha detectado critérios específicos para explicá-los em conjunto.** Como esses pacientes são avaliados por diferentes especialistas, **não se pode esperar que possam construir um só diagnóstico e que esse diagnóstico possa abranger o paciente em seu todo.** Imagina-se a dificuldade em se estabelecer um diagnóstico em pacientes com sintomas diversificados, por uma comunidade de médicos que não tenham uma prévia formação geral nem a prática em contextualizar.

Em resposta a essa e a muitas outras questões, **os sociointeracionistas sugerem ser importante que os diferentes especialistas trabalhem em conjunto, pois reconhecem a complexidade da ciência. Para tentar minimizá-la, propõem que eles possam identificar assuntos ou práticas em comum, para que suas linguagens possam ser traduzidas e trabalhadas dentro do conceito analítico de *Objeto Fronteira* (OF).**

No capítulo seguinte, vou apresentar aspectos que regem o modelo atual da prática médica com sua repercussão para o sistema de saúde: problemas e suas propostas atuais. Em seguida, será focado o tema deste trabalho, sobre a prática de construção de síndromes comórbidas, com utilização de critérios não específicos e restritos aos assuntos respectivos às diversas especialidades. **Estudo a construção dessas síndromes, analisando sua relação com o modelo fragmentado da formação e das práticas dos médicos especialistas que foram referidos.**

CAPÍTULO 3

SAÚDE: TENDÊNCIAS ATUAIS: O HOMEM BIOPSICOSSOCIAL

Uma nova visão que se instala, parece estabelecer com a saúde relações mais complexas entre a consciência e o mundo, pois **maximiza o elemento subjetivo do processo de cura**. Esse **novo *Estilo de Pensamento* (EP)** **confere ao paciente uma capacidade em potencial para tornar-se seu próprio curador**. São novos princípios que, embora não tenham sido incorporados pelo sistema de saúde vigente, apontam por reflexões e comparações entre os pressupostos tradicionais e os pressupostos emergentes.

Numa visão histórica, Oliveira (1981, p.205) comenta sobre a análise da prática médica, sob uma perspectiva positivista que propõe a existência de três períodos: *“o teológico, no qual o desejo de compreender o mundo e as doenças se apoiava na ação dos deuses; o metafísico, construído pelos gregos, com destaque para Hipócrates, que exerceu relevante papel na exclusão da intervenção das divindades na gênese das doenças e na introdução da observação clínica; e o período positivo, que acompanhou o desenvolvimento das ciências físicas, químicas e biológicas, a partir das regras cartesianas de praticar o método”*. Pode-se inferir que este último período, cartesiano, marcado pelo positivismo, caracterizou-se filosoficamente pela separação do corpo e da mente.

Peixinho (2001, p.18) em sua tese de doutorado sobre o desafio da transformação em educação médica acrescenta que alguns pesquisadores (DOSSEY, 1998; CAPRA, 1995) acreditam que o problema magno é o de crenças que inspiram **a atual educação médica e sua prática profissional, firmemente enraizada no pensamento cartesiano**, que introduziu a **separação da mente em relação ao corpo**, este último **visto sob o aspecto mecânico**. Essa atitude dissociou a enorme rede de fenômenos que influenciam a saúde, **supervalorizando os mecanismos biológicos**. E conclui: *“os aspectos psicológicos relegados foram entregues aos psiquiatras e psicólogos e as dimensões sociais do ser humano, estudadas isoladamente nas instituições de saúde coletiva. O senso de unidade, que toda pessoa experiencia na vida real, foi negligenciado”*.

Começa a se configurar a **transformação da visão racionalista do mundo**, que se **restringia ao quantificável e à neutralidade** que relacionava a pesquisa científica ao binômio observador - observado, para uma outra que reconhece o trinômio: **observador, observado e observação**.

As mudanças de pressupostos epistemológicos atingem também a educação e a prática médica quanto ao atendimento individual, à relação médico-paciente e à aceitação de fatores sociais interferindo ou determinando os comportamentos, as construções e as expressões das doenças. Essa concepção de visão holística, do paciente em seu todo **biopsicosocial**, resgata as sementes lançadas por Rudolf Virchow, em sua concepção de **Medicina – Uma Ciência Social**, no movimento revolucionário de 1848 (Berlim), quando propôs a *Reforma Médica*

que pregava para a Saúde Pública: *o saudável desenvolvimento físico e mental do cidadão e que se baseou nos seguintes princípios:*

- 1. A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social.*
- 2. As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser submetidas à investigação científica.*
- 3. Devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e as medidas concebidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas. (ROSEN, 1980, p.78-89).*

Embora a Medicina do último século tenha apresentado grandes avanços científicos em áreas como a da biologia molecular, da genética, com desenvolvimento de tecnologias diagnósticas e terapêuticas, além de muitos produtos farmacoterápicos, existe a **insatisfação geral com o estágio alcançado pelo cuidado médico**. Peixinho (2001) chama a atenção para tipos de problemas de saúde pública que se tornaram importantes, **substituindo as epidemias de natureza biológica, pelas psicopatias e as sociopatias**. Ele também se refere ao aumento alarmante do alcoolismo, dos crimes violentos, dos acidentes e suicídios, **como sintomas de uma saúde social precária**, e diz que a ausência de universalidade e equidade nos sistemas de saúde, além dos altos custos das aplicações tecnológicas, é também causa de mal-estar generalizado.

Essas mudanças das perspectivas na área da saúde apontam para uma análise **multidimensional** desse setor com base num **pensamento complexo**. Chaves propõe um modelo para o setor saúde, caracterizado por **fronteiras imprecisas, vinculado intimamente a outros setores sociais como educação, trabalho, seguridade social, dependente de setores econômicos**. Seu modelo incluiu oito dimensões: *ética, ecológica, epidemiológica, estratégica, econômica/política, educacional, psicossociocultural, transcendental*. (CHAVES, 1998, p.7-25).

Ferguson compara os pressupostos tradicionais com os emergentes na área da saúde e sistematiza-os dividindo em: pressuposições do velho paradigma da Medicina e do novo paradigma da Saúde. Refere ao velho paradigma quanto à sua ênfase na especialização, na neutralidade emocional para os profissionais; para o novo, destaca a preocupação do paciente

com o todo, a ênfase nos valores humanos e também ressalta os cuidados profissionais como um dos componentes da cura. Segue a tabela impressa em sua íntegra: (FERGUSON, 1980, p.411). (Tabela 3)

TABELA 3 – Diferenças paradigmáticas em saúde

| PRESSUPOSIÇÕES DO VELHO PARADIGMA DA MEDICINA | PRESSUPOSIÇÕES DO NOVO PARADIGMA DE SAÚDE |
|---|--|
| Especializada | Integrada, preocupada com o paciente como um todo. |
| Ênfase na eficiência. Profissionais devem ser emocionalmente neutros. | Ênfase nos valores humanos. Os cuidados profissionais são um dos componentes da cura. |
| Dor e doenças são completamente negativas. | Dor e doenças são informações sobre conflitos e desarmonias. |
| Intervenções principalmente com medicamentos e cirurgia. | Intervenções mínimas com a “tecnologia apropriada”, complementadas com todo o instrumental técnico não-agressivo |

| | |
|---|---|
| O corpo é visto como uma máquina em bom ou mau estado de manutenção. | (psicoterapias, dieta, exercícios). |
| A doença ou a incapacidade vista como uma coisa, uma entidade. | O corpo é visto como um sistema dinâmico, um contexto, um campo de energia dentro de outros campos. |
| Ênfase na eliminação dos sintomas da doença. | A doença ou a incapacidade vista como um processo. |
| O paciente é dependente. | Ênfase na obtenção do máximo de saúde, “saúde-meta”. |
| O profissional é a autoridade. | O paciente é (ou devia ser) autônomo. |
| O corpo e a mente são separados; os males psicossomáticos são mentais, podendo ser entregues ao psiquiatra. | O profissional é um parceiro terapêutico. |
| A mente é um fator secundário na doença orgânica. | Perspectiva corpo-mente; os males psicossomáticos estão dentro do alcance de todos os profissionais da área de saúde. |
| Efeitos de placebo mostram o poder da sugestão. | A mente é o fator primário ou de igual valor em todas as doenças. |
| Confiar principalmente em informações quantitativas (gráficos, testes, entrevistas). | Efeitos de placebo mostram o papel da mente na doença e na cura. |
| “Prevenção” amplamente ambiental: vitaminas, repouso, exercícios, imunização, não fumar. | Confiar principalmente em informações qualitativas, inclusive relatos subjetivos dos pacientes e instituições profissionais; as informações quantitativas são complementares. |
| | Prevenção como sinônimo de integridade: trabalho, relacionamentos, objetivos, corpo-mente-espírito. |

Fonte: Ferguson, 1980.

3.1 CRISE NO SISTEMA DE SAÚDE

Apesar dos grandes avanços da Medicina Ocidental, em particular no atendimento dos casos individuais, os resultados práticos, em escala populacional, não são satisfatórios. Nas

últimas três décadas, cresce o consenso de uma *crise de saúde, crise da saúde pública, crise do papel da Medicina na produção social da saúde, crise das relações entre médicos e pacientes e crise na educação dos profissionais de saúde*. (FEUERWERKER, 1998, p.190)

O século XXI, que trabalha para **efetivar um sistema globalizado**, tem sido marcado por insatisfações gerais, na educação e na saúde, mesmo em países desenvolvidos como os Estados Unidos. A **crise na área da saúde** torna-se patente quando a Assembléia Mundial de Saúde, considerada como principal órgão deliberativo da Organização Mundial da Saúde (OMS), após **se certificar dos graves problemas existentes no mundo**, em 1977, deliberou que a principal meta social dos governos e da OMS deveria consistir em alcançar para todos os cidadãos do mundo um grau de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, ou seja, SAÚDE PARA TODOS.

Pessanha (1992, p.58) lembra que a ação do médico-filósofo ou do filósofo-médico não conhece na linhagem epicurista (séc.III, a.C.), quanto à escolha do paciente-discípulo quando afirma: *“todos têm direito à cura, sem limitações sociais, econômicas, étnicas. ...o remédio é oferecido a qualquer ummesmo aos estrangeiros, pois seu valor e benefício são universais, acima das contingências de espaço e de tempo.”*

Retornando aos dias de hoje, vale destacar que o conceito de saúde da OMS diz que ela é o **completo bem estar físico, mental e social**, e **não somente ausência de doença**. Porém, uma nova assembléia (1995) constatou que esse ensejo em permitir saúde para todos não havia sido alcançado ao se deparar com a situação de que a **pobreza, a mais mortífera das enfermidades, e os problemas das desigualdades entre países ricos e pobres**, e ainda dentro de um mesmo país continuavam relevantes (WHO,1978; OMS,1996).

Muitos podem ser os **fatores que contribuem** para esse resultado, dentre eles o **tipo de modelo, fragmentado**, que já foi anteriormente comentado. Posso lembrar que a **fragmentação do conhecimento médico** apresentou como consequência importante a **separação entre o homem biológico**, para ser estudado no departamento de Biologia, e **o homem cultural e psicológico**, para ser estudado nos departamentos de Sociologia e Psicologia, respectivamente. (MORIN, 1996).

Essa atitude pode ser notada quando se examina o currículo da graduação médica. Além da separação do homem em seu fragmento biológico, psicológico e sociocultural, o ensino médico tem ficado **restrito e compartimentado ao biomédico**, em especial ao **homem como doente**. Não existiam disciplinas como **Epistemologia e História da Medicina na maioria dos currículos de graduação médica** e, dessa forma, temas sobre a **construção do conhecimento científico** e sobre a **construção das doenças não costumam permear as mentes dos estudantes de Medicina**.

Dentro desse mesmo enfoque, salienta-se que a educação médica muitas vezes pode transmitir um ensinamento sobre a **concepção de doença**, em sua forma abstrata, isto é, como uma entidade independente do ser que lhe é portador, portanto, sem valorizar as interferências relativas às individualidades e aos ambientes que vivem seus portadores. Outra situação que pode mostrar uma possível **dissociação** refere-se à aplicação dos conceitos teóricos sobre as doenças, sem levar em conta as possíveis interferências psicossociais e culturais das realidades individuais de seus portadores. Cutolo (2001) e Peixinho (2001) atribuem como dificuldade para a avaliação de um atendimento médico personalizado e em seu todo biopsicossocial no Brasil: o tipo de Educação Médica fragmentada, compartimentada e transmitida por especialistas, cuja literatura, estudos epidemiológicos e de pesquisas são realizados na população americana e escritos em inglês. Aronowitz (1998) ressalta a hegemonia da concepção biomédica na construção das doenças, omitindo as conotações sociohistóricas que influenciariam nas mudanças de perspectivas, podendo ter repercussões políticas, jurídicas e econômicas.

A Educação Médica fragmentada e voltada ao biomédico também não propicia ao profissional médico estabelecer vínculos entre a manutenção da saúde, com hábitos diários que permitam atingir uma melhora da **qualidade de vida**, e como tal, a prevenção de doenças. A população de pacientes nunca é observada como uma população sadia, cujos sintomas podem não refletir uma doença, mas um comportamento social alterado. Não existe o hábito médico em pesquisar a realidade psicossocial da vida dos pacientes e admitir uma relação com seu corpo.

Esses são problemas que podem se refletir: na **nomenclatura e classificação das doenças**; na **comunicação** dos médicos entre si e com seus pacientes. O resultado pode se

expressar também no custo das **investigações diagnósticas, da construção, prevenção, tratamento das doenças e satisfação dos pacientes e dos médicos**. Referindo-se a esse tema, Schraiber (1998, p.384) fala sobre problemas atuais na produção da assistência médica, decorrentes da progressiva segmentação na produção de serviços. Acrescenta que esta segmentação, em parte, é devida à especialização do saber e das práticas, que cria obstáculos para o trabalho em equipe, em função das dificuldades na comunicação intra e interequipes, produto de progressiva diferenciação das linguagens e racionalidades de intervenção das especialidades médicas. Esse mesmo autor enfatiza:

“Tome-se, por exemplo, como aponta Atkinson (1995), o desenvolvimento de métodos diagnósticos ou terapêuticos cada vez mais próprios e específicos de cada área de especialidade e a dificuldade introduzida nas trocas de informações, em razão de linguagem não mais comum entre os colegas. O mesmo autor aponta, ainda, o fato de que, tendo intervenções progressivamente também mais específicas e próprias, cada saber especializado produz um olhar médico que busca no corpo alterado do paciente elementos patológicos bastante particulares, construindo-se perspectivas médicas diferentes entre as várias áreas.”

No Brasil, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 afirma que: *“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação”*.(ME-CNE, 2001).

3.2 CONCEPÇÃO DO BINÔMIO DE SAÚDE-DOENÇA

As grandes mudanças de concepções que acontecem em períodos de revoluções científicas necessitam de tempo para serem absorvidas e incorporadas pela comunidade científica para depois serem transmitidas à sociedade.

A história da ciência e a efetivação de modelos têm determinado as grandes mudanças e decisões nos hábitos de vida. A Medicina também segue esse trajeto, embora, muitas vezes, a aplicação isolada de modelos importantes das ciências físicas nem sempre é a mais apropriada, omitindo-se outros parâmetros relativos às ciências humanas. Por outro lado, o hábito em se fragmentar o conhecimento para estudo e se concentrar os novos conhecimentos, muitas vezes supervalorizando-os como únicos e completos, pode ofuscar ou anular a capacidade analítica e crítica de incorporar os fragmentos em seus contextos globais.

Até meados do século XIX o médico analisou o paciente no seu todo, respeitando a interação entre o corpo e a alma e o contexto do ambiente social e psicológico. Após esse período, o acreditar apenas no que fosse considerado e provado como científico, com base na filosofia cartesiana, modificou substancialmente a concepção de ciência e Medicina. A visão médica se concentrou no estudo da máquina do corpo humano e na descoberta de leis que regem seu funcionamento. **Dissociou-se o corpo da mente por não ser possível um estudo objetivo dessa, através de métodos científicos.** Sobre esse assunto, Boulos (1998, p.50) escreve:

“A Escola Médica, em sua quase totalidade, ainda mantém ensino baseado nos conceitos cartesianos biomédicos, formando, com frequência, médicos despreparados para compreender e, conseqüentemente, tratar uma pessoa doente.”

As concepções que foram construídas durante a formação dos médicos do século XX receberam as influências dos *Estilos de Pensamento* hegemônicos cartesianos que podem ser explicados quando Pessotti (1996) se refere à saúde como ausência de doença e que pode ser expressa por medidas objetivas. Comenta sobre saúde e doença como opostos inconciliáveis; o corpo como unidade isolada e independente, cujo cuidado e funcionamento de suas partes permitem ter saúde; a consciência um fator secundário e irrelevante para a saúde.

De outro modo, Dossey (1998) destaca modificações das afirmativas anteriores:

A saúde não é simples ausência de doença, mas a manifestação da ação recíproca e harmoniosa de todas as partes. Comenta que saúde e doença não devem ser tratadas como opostas inconciliáveis, mas como princípios motores uma da outra.

Acrescenta também que a saúde transcende a função das partes e é o resultado da dinâmica orgânica do ser; as medidas objetivas na Medicina são limitadas, pois abrangem a totalidade essencial e constituem insatisfatórios indicadores de saúde; comenta que os cuidados de saúde não podem ignorar a consciência, pois esta é determinante no processo saúde-doença; conclui que a assistência médica concentrada no corpo e no indivíduo é limitada e que a atuação plena deve incluir a teia de relações.

Esses comentários acerca das diferentes concepções sobre saúde-doença são citados porque, como se verifica adiante, eles podem influenciar na construção das diferentes síndromes que serão discutidas, não só pelo aspecto da formação fragmentada daqueles que as estudam, como também na resistência desses em atribuir um maior grau de importância aos fatores psicossociais na formação e na expressão dos sintomas dos pacientes.

Bordenave (1982) menciona que todos os processos educativos, os métodos e meios de ensino-aprendizagem baseiam-se na concepção de como conseguir que as pessoas aprendam e modifiquem o seu comportamento e que esta pedagogia se fundamenta em uma teoria do conhecimento. Ele lembra que as opções pedagógicas adotadas por um determinado país são influenciadas pela ideologia de classe ou de classes dominantes. Desse modo, ele ressalta que **cada opção pedagógica, quando se exerce de maneira dominante durante um período prolongado, tem conseqüências sobre a conduta individual e sobre o comportamento da sociedade.**

No Brasil, é em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se consegue assegurar novamente uma conceituação abrangente para a saúde, adequando-se às propostas da educação em Medicina e saúde pública mundial:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.(...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento

de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.” (NESCO, 1989, p.44).

3.3 UNICAUSALIDADE E MULTICAUSALIDADE DAS DOENÇAS

A discussão sobre a amplitude do conceito de etiologia das doenças passa pelo estudo da historicidade do conceito de causa das doenças, que mostra as tendências de se simplificar esse assunto, seja admitindo-se um **conceito unicausal** ou, quando **multicausal**, sem evidenciar a complexidade da sua inter-relação. Por outro lado, **em geral se omite a participação do social como fator causal importante**, julgado por alguns como decorrente das forças políticas e econômicas. Com relação a esse assunto, Barata (1985) escreve artigo a respeito da historicidade do conceito de causa, onde expõe com propriedade as influências políticas, econômicas e epistemológicas, relacionadas aos diferentes pontos de vista, constituídos em diferentes épocas.

Inicialmente, Barata divide as primeiras interpretações que o homem da ‘Antigüidade’ deu à questão da causa em duas vertentes: na primeira, presente na **concepção de assírios, egípcios e hebreus, o corpo humano era considerado estático e apenas como receptáculo de uma causa externa**. E que nessa época os sistemas filosóficos de compreensão do mundo eram todos de caráter religioso; na segunda vertente, representada pela **medicina hindu e chinesa, a doença é vista como consequência do desequilíbrio entre os elementos que compõem o organismo humano, e a causa do desequilíbrio era procurada no ambiente físico**. Para restabelecer a saúde, procura-se restabelecer o equilíbrio da energia interna. Nessa última concepção, verifica-se o **papel ativo desempenhado pelo homem**, como também já se aceitam causas naturalizadas, ao invés do caráter mágico e religioso na primeira conceituação.

Os antigos conseguem elaborar **hipóteses sobre o contágio de doenças**, a partir de observações empíricas, como se constata na citação que Barata refere de um escritor romano:

“Talvez vivam nos lugares pantanosos pequenos animais que não possam ser percebidos pelos olhos e penetrem no corpo pela boca e pelas narinas e causem desordens graves”. (BARATA, 1985, p.16).

Na Idade Média, sob a influência do Cristianismo, a Medicina volta a adotar um caráter religioso. No final desse período de consolidação do modo de **produção feudal**, o número crescente de epidemias que assolam a Europa traz à tona a questão da causalidade de doenças, particularmente **as infecciosas, resultantes do contágio entre os homens**. Barata comenta que se concebe a existência de partículas invisíveis, responsáveis pela produção das doenças, **formulando-se um fator externo causal e que relegou-se nessa época uma concepção hipocrática mais totalizadora.**

Essa época, interessada em descobrir a origem dessas matérias contagiosas, embora pouco se podendo fazer para evitá-la, fica marcada pela *teoria miasmática*, que será hegemônica até o **aparecimento da bacteriologia, na segunda metade do século XIX.**

A mesma autora refere-se ao século XVIII cujas pesquisas científicas se preocupavam pela localização da sede das doenças no organismo, **desenvolvendo a linguagem dos sintomas e sinais clínicos. A abordagem relativa a causas de doenças adota uma dimensão individual e não coletiva.**

No final da revolução francesa, **com a crescente urbanização dos países europeus, cresce também a concepção do social influenciando o aparecimento das doenças, no pensamento de revolucionários ligados a movimentos políticos, embora a concepção miasmática permaneça hegemônica.**

Vale citar alguns dos pensamentos de revolucionários dessa época:

“A ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social; enquanto isso não for reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar de seus benefícios e teremos que nos satisfazer com um vazio e uma mistificação”. (NEUMANN apud BARATA, 1985, p.19)

“Se doença é uma expressão da vida individual sob condições desfavoráveis, a epidemia deve ser indicativa de distúrbios, em maior escala, da vida das massas.” (VIRCHOW apud BARATA, 1985, p.19)

Ainda com relação às epidemias, Virchow afirma que as condições atmosféricas e mudanças cósmicas, só podem produzi-las, em condições de pobreza, quando o povo viveu muito tempo em uma situação anormal.

Com a derrota dos movimentos revolucionários, a Medicina Social teve seu desenvolvimento retardado, comprometendo a saúde dessa população. **Não consegue transformar a organização social, mas começar a adotar medidas sanitárias e uma legislação trabalhista. As descobertas bacteriológicas ocorridas na metade do século XIX relegam para segundo plano as concepções sociais. Cresce a formulação unicausal em buscar para cada doença um agente etiológico.**

A insuficiência dessa formulação unicausal só se tornará evidente no século XX, com a noção multicausal pelos *Coletivos de Pensamento* no campo da Epidemiologia. Barata diz que **a saúde é vista, neste modelo, como um estado de equilíbrio entre fatores diversos e múltiplos. A doença ocorre quando o equilíbrio é alterado por uma mudança na força que opera um ou mais desses fatores, reconhecidos por três tipos: os do agente, os do hospedeiro e os do meio-ambiente.**

No início do século XX, passa a se **agregar ao conceito de multicausalidade uma outra ordem de fatores causais, que são os fatores psíquicos.** Desse modo é que o movimento da Medicina Integral, nos Estados Unidos, na década de 40, vai definir o homem como *‘ser bio-psico-social’*. ... *“o homem, que tem um corpo biológico, passa a ser reconhecido como também tendo funções psíquicas e atributos sociais”*... (BARATA, 1985, p.22). Sobre isso, Barata ressalta que MacMahon admitiu a existência de relações de interação recíprocas entre os múltiplos fatores envolvidos na causação da doença, mas que assumiu um ponto de vista positivista, quando afirmou que o conhecimento das causas nem sempre é necessário para se tomar providências.

Essa autora considerou, como o modelo mais acabado do conceito de multicausalidade, o modelo ecológico, no qual as inter-relações entre os fatores são apresentadas sob a forma de um sistema fechado com um *feed-back* regulador. A respeito disso, Barata refere:

“A atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros dependem do ambiente, são alterados por ele e, por outro lado, também alteram o ambiente em que se encontram”. (BARATA, 1985, p.23).

Barata critica o modelo ecológico, porque todos os elementos da relação são colocados em um mesmo plano, em que a produção social do homem se reduz a mais um dos fatores do meio ambiente, as determinações sociais são “naturalizadas”. Considera esta atitude como uma manobra ideológica capitalista, que tem como consequência a crença de que a população de um ecossistema (agentes e hospedeiros) não apresenta outra variação que as exclusivamente naturais. **Conclui que, com isso, o capitalismo esconde as profundas diferenças de classe que resultam da organização produtiva e permite assumir uma atuação limitada com os problemas de saúde.** Para ela (1985, p.23-24), o modelo ecológico não permite uma interpretação fiel da realidade para transformá-la, mas que começa a surgir **uma nova conceituação do processo saúde-doença e a formulação da concepção de determinação social das doenças, de interesse dos profissionais de Medicina Social em contrapartida com os interesses dos grupos dominantes.**

Esses estudos são mais proeminentes àqueles que se interessam pela Epidemiologia e pelos estudos populacionais, não atingindo, com frequência, os clínicos que estudam o individual. Nos estudos populacionais, são mais frequentes a relação com os hábitos de vida (fumo, alcoolismo), as deficiências nutricionais e habitacionais, levando a uma maior susceptibilidade a contrair doenças claramente orgânicas, infecciosas e neoplásicas, do que a relação com a predisposição genética e fatores culturais como sexualidade, trauma e violência.

Dessa forma, posso entender porque encontrei poucos artigos médicos que relacionem sintomas clínicos com fatores culturais e que comparem as diferenças sociais do gênero homem/mulher e a representação de seus sintomas ou que estabeleçam uma conexão mais ampla entre o biológico, o psicológico e o social do paciente. Esses assuntos começam a ser tratados por novos setores como a Medicina de Família e a Medicina Social.

3.4 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Da relação médico-paciente depende o modo da anamnese e da avaliação do problema que o paciente expõe ao médico e o enfoque que será dado para sua resolução. E essa relação expressa a dinâmica de comunicação entre o médico e o paciente, que é comandada pelo profissional, o médico.

Levinson destaca num artigo que **considera a entrevista com o paciente como o procedimento fundamental, mas que quando pergunta sobre a atenção que foi dada para desenvolver essa aptidão, os médicos respondem que quase nenhuma ou muito pouco, nos cursos de formação e Residência Médica.** Ela acrescenta que isto é significativo, porque não só a entrevista é o procedimento mais comum, como particularmente um procedimento importante. Refere sobre uma considerável literatura que demonstra a comunicação médico-paciente relacionada a vários resultados: a qualidade do diagnóstico, queixas do paciente quanto à terapia, satisfação do paciente e prevenção de erros na prática. Comenta que, embora exista pouca pesquisa sobre esse assunto, **algumas correlacionam a melhora biológica com a qualidade da entrevista.** A mesma autora cita que, na entrevista, vem à mente do médico obter os fatos, por exemplo, as características da dor do paciente, mas que, em contraste, **a literatura sobre a comunicação médico-paciente relata deficiência em seus resultados:**

1-para colher informações o médico é tipicamente muito bom;

2- para construir um relacionamento e lidar com as emoções que trazem o paciente àquele encontro, os médicos recebem pouco treinamento;

3- o terceiro é o de educar e motivar o paciente, para os quais os médicos também não são bem treinados. (LEVINSON, 2000, p.114).

Essa exposição acima mostra problemas que podem resultar das dificuldades na comunicação entre os médicos e os pacientes, não só quanto à precisão diagnóstica como quanto à explicação da terapêutica.

Sobre a relação médico-paciente: o ponto de vista do clínico, Boulos (1998, p.50) comenta que a educação médica pode sofrer resultados danosos se circundar o estudante de Medicina com uma cultura médica que desencoraja a reflexão pessoal e prestigia um currículo que dá ênfase à memorização em ciências básicas.

“A visão mecanicista da Medicina que procura dar à doença apenas características de alterações estruturais, não mais encontra suporte perante o enorme número de evidências da correlação biopsíquica como causadora de doenças e sua recuperação”.

Estudando o imaginário da relação médico-paciente dos formandos de Medicina do ano 1998, na Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia (UFBA), **Moreira (1999) demonstrou a existência de um imaginário estudantil distanciado da compreensão do doente como pessoa.** A autora atribui esse resultado ao modelo pedagógico que norteia o curso médico: ensino para a competência, e às contradições encontradas na análise do currículo, que negligencia as características individuais do corpo discente, aceita o sistema quantificado de avaliação, dá ênfase ao domínio cognitivo em detrimento de comportamentos e atitude.

Com relação aos modelos pedagógicos, Bordenave destaca três tipos: a pedagogia da transmissão (PT), a pedagogia do condicionamento (PC) e a pedagogia da problematização (PP). A PT, ele explica que parte da premissa de que as idéias e conhecimentos são os principais fatores da educação e o aluno vivencia como fundamento o receber informações. Refiro algumas das conseqüências possíveis que ele enumerou: hábito de tomar notas e memorizar; passividade do aluno e falta de atitude crítica; distância entre teoria e prática; desconhecimento da realidade. Quanto à PC, ele diz que se pode inferir que a utilização exclusiva desta pedagogia reforça a dependência mental, tecnológica, política e sócio-econômica das pessoas, impedindo-as de desenvolverem a consciência crítica a partir da problematização de sua realidade. Finaliza comentando sobre a PP, que *“parte do princípio de que num mundo de mudanças rápidas e profundas, o importante não apenas são os conhecimentos ou idéias, nem os comportamentos corretos e fiéis ao esperado, senão o aumento da capacidade do aluno para detectar os problemas reais e buscar-lhes solução original e criativa”.* (BORDENAVE, 1982, p.12-13).

CAPÍTULO 4

A CONSTRUÇÃO DAS DOENÇAS PARA EXPLICAR A TRÍADE DE SINTOMAS: DEPRESSÃO, INSÔNIA E DOR.

A compreensão de como as doenças são construídas e ganham significado com as repercussões dos sistemas de classificação e nomenclatura será discutida após a apresentação do modelo selecionado para estudo nesse trabalho de pesquisa. Foi escolhido um modelo que se considerou representativo de um grande número de pacientes que procuram os consultórios médicos com queixas de sintomas que não são traduzidos em exames específicos e não permitem que esses pacientes recebam um diagnóstico de certeza. Selecionou-se a tríade dos sintomas de *depressão, insônia e dor/fadiga crônica* para pesquisar os possíveis diagnósticos que podem ser construídos para explicar os pacientes que a apresentam.

Serão apresentados os significados dos termos médicos utilizados nesse trabalho, em especial, o da tríade de sintomas de depressão, insônia e dor, que é parte do objeto dessa pesquisa. Em seguida serão descritas as síndromes que podem ser construídas em torno desses sintomas por diferentes especialistas, com diferentes *Estilos de Pensamento*.

Para esse estudo foram escolhidas: a síndrome da **fibromialgia (FM)**, a **síndrome da fadiga crônica (SFC)**, a **síndrome da dor miofascial regional (SDMR)**, a **síndrome do esforço repetitivo (SER)** e as **síndromes depressivas (SD)**.

Vale referir que o material utilizado para a apresentação desses assuntos médicos foi obtido de livros textos originais ou de revistas científicas especializadas, escritas, em inglês, pelos especialistas, que representam os colégios americanos que primariamente descreveram essas síndromes e que publicam esses assuntos com repercussão internacional.

Ao se estudar essas síndromes poderá se observar a dificuldade de encontrar exames específicos e objetivos que permitam um diagnóstico definitivo. Será também discutida a freqüente superposição entre elas. Os diferentes especialistas, ao reconhecerem a comorbidade entre essas síndromes, aceitam as dificuldades para estabelecerem fronteiras que as tornem diferenciadas. Concordam com a alta prevalência no sexo feminino e questionam classificá-las ou não como doenças psicossomáticas.

A síndrome da fibromialgia foi escolhida como referência, não só porque esta síndrome foi descrita pelos reumatologistas que são meus colegas de especialidade, mas porque nessa síndrome encontra-se com frequência a tríade dos sintomas que foram selecionados para estudo, além de ela ser motivo de grandes debates no meio científico.

Definição para alguns termos médicos:

Sintoma: se refere à indicação de doença ou desordem noticiada pelo próprio paciente. (*THE BANTAM MEDICAL DICTIONARY-BMD*, p.423).

Sinal: indicação de uma desordem particular que é observada pelo médico, mas nem sempre aparente ao paciente. (*BMD*, p.394).

Síndrome: estado mórbido caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas, e que pode ser produzido por mais de uma causa. (*COSTEIRA, 2002, em CD*).

Doença: desordem com causas específicas e sinais e sintomas identificáveis. (*BMD*, p.126).

Estresse: é qualquer fator que ameaça a saúde do corpo ou tem um efeito adverso no funcionamento, tal como uma injúria, doença ou preocupação. (*BMD*, p. 414).

Reumatismo: qualquer desordem na qual dores afetam músculos e juntas. (*BMD*, p. 376).

Especificidade: refere-se à habilidade do teste dar um resultado negativo quando a pessoa testada não tem a doença. (*MORTON; HEBEL; McCARTER, 1990, p.64*).

Sensibilidade: refere-se à habilidade do teste dar um resultado positivo, quando a pessoa testada tem a doença. (*Morton, Hebel e McCarter, 1990, p. 64*).

Patognomônico: descreve um sintoma ou sinal que é característico, ou único, de uma particular doença. A presença de tal sintoma ou sinal permite diagnóstico positivo da doença. (BMD, p.321).

4.1 SINTOMAS: CONCEITOS

O entendimento dos sintomas que são expressos pelos pacientes e interpretados pelos médicos podem receber diferentes conotações, cujas atribuições podem estar vinculadas a contextos culturais e sociohistóricos. Diferentes componentes subjetivos podem estar envolvidos, seja pelo que os sintomas representam para os pacientes que informam como os sentem, ou pelo modo de como o médico entende o que lhe foi informado. Os sintomas que os pacientes expressam, representam o resultado da sensação e da emoção, isto é, do modo como eles os percebem.

Reproduzo, em seguida, a abordagem desses assuntos em livros textos de Medicina. Na prática, para que os sintomas se tornem conhecidos, faz-se necessário que seja realizada uma completa e detalhada colheita da história clínica (a anamnese). É uma atitude que denota tempo, conhecimento, experiência, atenção e capacidade de comunicação entre o médico e o paciente, para que ambos possam se expressar com clareza e espontaneidade.

A - Dor

O conceito de dor foi extraído do livro *Rheumatic Diseases*, capítulo 2, escrito por Katz, (1977, p.11-14) e do livro *Harrison's Principles of Internal Medicine*, capítulo 12, escrito por Fields e col., (1998, p.53-58).

Relata-se, a seguir, como o sintoma da dor é definido, que fatores podem estar associados, ou sob quais influências pode ser modificado. Uma das definições, encontrada num livro texto diz: *“Dor... é uma experiência, extremamente pessoal, variável pela influência de fatores relacionados a aprendizados culturais,..., atenção e outras atividades cognitivas”* (MASON; CURREY apud KATZ, 1977, p.11).

Seguem-se outras afirmativas:

“Dor é a queixa mais comum e a mais difícil de se avaliar, porque sua tolerância individual pode variar muito. Apenas o paciente sabe avaliar a quantidade de dor que ele está experimentando e existe uma dicotomia entre a quantidade da dor sentida e o modo como ela se expressa. O mecanismo da dor é complicado”. (KATZ, 1977, p.11).

“Existe apenas uma dor que é fácil de ser conduzida, que é a dor dos outros” (RENÉ LERUCHE apud KATZ, 1977, p.11).

A resposta à dor pode diferir entre diferentes doenças e pode variar em pessoas com a mesma desordem. **A intensidade da dor tem um impacto menor quando se está feliz** e se agrava quando coexiste com sentimentos de hostilidade e ressentimento. Hart et al. citam como **fatores que podem modificar a resposta à dor: alterações sistêmicas e sintomas como a fadiga, a depressão e a ansiedade**. (apud KATZ, 1977, p.13). **Katz refere também distúrbios de sono como consequência da dor.**

Em outro artigo escrito em um livro clássico de Medicina Interna, o autor comenta que a dor costuma ser o sintoma mais comum a estimular o paciente a buscar ajuda médica. Dor é uma sensação desagradável que desencadeia ansiedade e estresse e, por isso, é considerada como **manifestação de dualidade: sensação e emoção**.(FIELDS; MARTIN, 1998, p.53).

Fields et al. (1998, p.57) comenta: *“Porque depressão é o distúrbio emocional mais comum em pacientes com dores crônicas, eles devem ser questionados quanto a seus humores, padrões de sono e atividades diárias”*.

Os dados descritos denotam a complexidade que representa a avaliação médica do sintoma da dor, diante da subjetividade do paciente e do médico, da individualidade da sensação da dor, da incapacidade em se mensurar a dor, afora outros fatores que poderão estar envolvidos, como a veracidade da informação de quem a refere.

B-Distúrbios de humor: Depressão

Inicialmente, releva-se a conotação ampla do termo depressão e de suas diferentes interpretações que podem advir do conceito popular, do médico clínico e do especialista, o

psiquiatra. O termo pode se referir a um sintoma como também a uma entidade nosológica, que é definida por critérios pré-estabelecidos pelos especialistas que a estudam. **A sintomatologia depressiva pode refletir um estresse psicológico** causado pela própria doença ou por medicações usadas, ou pode simplesmente coexistir nesse mesmo período. (REUS, 1998, p.2490-2491).

Muitas vezes **a depressão, pode ser confundida com tristeza ou frustração**, reações humanas normais frente a situações de perda. **Podem se associar a alterações no sono, no apetite e na capacidade de concentração.** A depressão se refere a um transtorno mental relacionado ao humor, que nem sempre é desencadeada por uma situação de vida desfavorável.

Depressão, bulimia, anorexia nervosa e desordens de ansiedade ocorrem com maior frequência na mulher. (KOMAROFF et al., 1998, p.23).

C– Distúrbios do sono: Insônia

Esse resumo foi extraído do capítulo 27, com o título de Desordens do Sono e do Ritmo Circadiano, escrito por Czeisler et al. no livro texto de Harrison's Principles of Internal Medicine, 1998, p.150-159.

O autor afirma que o distúrbio do sono está entre as queixas mais frequentes e que um terço dos adultos nos Estados Unidos experimenta um distúrbio ocasional ou persistente. A privação do sono ou a ruptura do ritmo circadiano pode levar a sérios prejuízos das funções diárias. As desordens do sono podem resultar de condições psiquiátricas.

A insônia é definida como a queixa de sono inadequado; pode ser classificada de acordo com a natureza da ruptura do sono e da duração da queixa. Pode ser subdividida em falta de sono e sono não restaurador. Para Czeisler **a insônia persistente pode levar a distúrbios de humor.** Ele refere que o distúrbio do sono pode se iniciar em consequência de um evento que possa gerar um estresse emocional, e que pode ter uma duração que se prolongue mais que o incidente inicial. Os pacientes podem descrever os distúrbios do sono como cansaço ou fadiga, prejuízos motores e cognitivos, que podem se seguir aos distúrbios do sono. **A diferenciação entre sonolência e fadiga pode ser difícil, particularmente pela**

imprecisão dos pacientes descreverem seus sintomas. Acrescenta que **o distúrbio do sono pode ser um sinal de depressão e que pode iniciar antes que o paciente perceba distúrbio de humor.**

D– Fadiga: assunto extraído do capítulo 22, do livro texto: Harrison's Internal Medicine, escrito por Criggs, (1998, p.121).

Para esse autor, a queixa de fadiga é encontrada em um grupo de pacientes que se sentem cansados e que não perderam a habilidade de realizar suas tarefas habituais, mas que perderam a habilidade de poder realizá-las repetidamente. Além disso, o termo fadiga também necessita ser diferenciado da fraqueza apresentada por pacientes que têm doenças neuromusculares periféricas, com destruição ou perda de função de seus músculos, nervos ou suas transmissões e que têm sua fadiga confirmada por exames complementares.

E - Ansiedade: estudo extraído do capítulo 385, escrito por Reus no livro texto de Medicina Interna, Harrison's Internal Medicine, (1998, p.2486-2490).

Ansiedade pode expressar desde uma sensação subjetiva de preocupação, inquietude, medo, como pode indicar um componente ou uma reação a uma doença médica primária ou uma condição psiquiátrica.

As desordens primárias de ansiedade são classificadas de acordo com a duração dos sintomas e com a existência e a natureza dos fatores precipitantes. Durante a avaliação de um paciente ansioso, deve-se determinar se a ansiedade antecede ou é posterior a uma doença ou se pode estar relacionada a efeito colateral de uma medicação. Sintoma de ansiedade pode ser representante de somatização, quando presente na ausência de doença orgânica diagnosticável. (REUS, 1998).

A reação individual a diferentes traumas pode ocorrer das mais variadas formas e com diferentes durações. Segundo Réus os pacientes podem desenvolver ansiedade e se tornarem estressados, quer após um trauma recente, ou em resposta a um evento do passado, que deixou seqüelas Acrescenta que **pacientes ansiosos e estressados, geralmente, aumentam a**

vigilância e o medo e, desse modo, submetem-se a um maior risco de desenvolver distúrbios de humor, como a depressão; e ainda que a desordem de estresse pós-traumática é mais freqüente na mulher.

4.2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS DORES CRÔNICAS

Antes de iniciar a descrição das diferentes síndromes que foram construídas para entender os pacientes que se apresentam com sintomas de dor que não são explicados através de exames objetivos, faço um **breve histórico sobre as dificuldades em se classificar pacientes com dores crônicas**, mas que hoje podem ser classificadas com o diagnóstico de Fibromialgia. Destaco a preocupação dos autores em estabelecer uma conexão entre essas dores crônicas e outros sintomas, com as manifestações físicas, somáticas. Como pude observar ao longo dos anos, buscavam-se incessantemente alterações histopatológicas como os componentes do processo inflamatório que possam explicar o fenômeno da dor, embora nem sempre se obtenha sucesso. O termo **fibrosite (ite=inflamação)**, que era anteriormente utilizado para denominar esses casos, foi substituído pelo de **fibromialgia (algia=dor)**. Porém, o termo fibrosite ainda persiste para os casos que apresentem alterações inflamatórias localizadas neste tipo de tecido fibroso, originário do tecido conjuntivo. Vale ressaltar que **inflamação** denota a presença de outros componentes **além da dor e que são: edema, rubor e calor**.

O estudo dessas dores crônicas, difusas e mal definidas costuma ser incluído nos capítulos de reumatismos não articulares. Hench (1977, p. 608-627) que escreve o capítulo de reumatismos não articulares do livro texto adotado nos Estados Unidos e Canadá, salienta que, até este ano, a literatura inglesa e a americana faziam pouca referência a esse assunto em seus periódicos clássicos como: *Annals of Internal Medicine* e *Arthritis and Rheumatism*. Enfatiza que, de acordo com a nomenclatura e a classificação das artrites e reumatismos aceitas pela sociedade americana, American Rheumatism Association (ARA), em 1962, os reumatismos não articulares incluíam um extenso e diversificado grupo de síndromes musculoesqueléticas (partes moles). Fibrosite era a primeira delas, seguindo-se de outras como as lombalgias, discites, tendinites, miosites, bursites e fasciites.

Em seguida, Hench se refere à revisão sobre reumatismos, realizada nos anos de 1963-1964, que assim definiu sobre fibrosite: *“é mais um conceito do que uma doença. O mesmo quadro clínico é chamado por alguns de reumatismo psicogênico”*. (HENCH, 1977, p.608).

Numa revisão posterior, o mesmo autor diz que essas síndromes com dor e rigidez **são reais, mas difíceis de serem descritas** e que, para manipulá-las, a maioria dos médicos acreditam nas informações dos pacientes e na Medicina Física. Hench salienta: *“Infelizmente, os casos de fibrosite são freqüentemente diagnosticados como reumatismo psicogênico, reação musculoesquelética psicofisiológica, reação conversiva ou outras psiconeuroses”*. (HENCH, 1977, p.609).

Refere-se ao termo **fibralgia** para definir sintomas de dor, rigidez e desconforto relativos aos tecidos conectivos brancos (fibrosos). Adianta que, como outros componentes tais como os tendões, ligamentos e outros tecidos também costumavam estar envolvidos o termo de fibromialgia seria o mais apropriado. Começa a se delimitar um grupo que se manifesta por dores crônicas e fadiga sem identificação precisa e outro grupo que se expressa por processo inflamatório e que continua recebendo as denominações de fibrosite, bursite, tendinite, fasciite, etc, conforme o local acometido. Também nessa época (1977) o autor faz referência ao **hábito dos pacientes com fibromialgia dormirem mal**. Comenta que **já se relacionam as alterações da avaliação do sono, como a falta do estágio 4, com o aparecimento de sintomas musculoesqueléticos e distúrbios de humor**.

Nesse capítulo, já existe a preocupação em tornar o paciente tranqüilo quanto a não haver gravidade de seu problema. Vale destacar que não se fez referência ao uso de antidepressivos largamente utilizados atualmente para tratar as dores desses pacientes. Esse autor cita como **entraves para o tratamento: condições socioeconômicas precárias, dificuldade em se perceber o problema desses pacientes como real, resistências para se obter mudanças no trabalho ou no estilo de vida e concomitância com problemas orgânicos ou psiquiátricos**.

Para concluir, Hench salienta a falta de precisão em classificar, definir, entender e registrar um grupo de doenças ou síndromes de reumatismos não articulares, que eram responsáveis por 10.000.000 dias de incapacidade, no ano de 1968, na população de

segurados britânicos e que estavam listadas na classificação internacional de doenças “mal definidas”. **Enfatizou que essa área de reumatismo embora constituísse uma das causas mais incapacitantes nos Estados Unidos, estava abandonada e que o fato de não se ter descoberto alguma patologia específica não justificava esta conduta.**

4.3 OLHARES DIFERENTES: AS SÍNDROMES

Pude observar que diferentes especialistas constroem diferentes síndromes que envolvem pacientes semelhantes, em geral do sexo feminino, ansiosos e angustiados, que podem se apresentar com a trilogia de sintomas como: dores/fadigas crônicas, distúrbio do sono (insônia) e distúrbio de humor (depressão). Nos próximos parágrafos, tento reproduzir com fidelidade as informações colhidas sobre essas síndromes, obtidas, em sua maioria, de livros textos clássicos americanos, extensamente utilizados em nosso meio. Para permitir melhor interpretação, será especificado qual a especialidade do autor a ser referido.

Inicialmente, apresento os dados referentes a uma síndrome criada pelos médicos especialistas em reumatologia, denominada de fibromialgia, cujos critérios diagnósticos se prendem às dores crônicas, mas que engloba os sintomas de depressão, insônia e fadiga crônica. Este estudo foi extraído de um livro texto escrito na língua inglesa que é utilizado internacionalmente. Foi organizado por John H. Klippel (Bethesda, USA) e Paul A. Dieppe (Bristol, UK), última edição publicada em 1998. O capítulo sobre fibromialgia e síndromes relacionadas (**Fibromyalgia and related sundromes**) está enquadrado no grupo referente a dores em tecidos moles e é escrito por Don L. Goldemberg (p.4.15.1 a 4.15.12).

4.3.1 Fibromialgia (FM)

Essa síndrome, a primeira a ser descrita, foi escolhida por mim **como referência** para explicar a presença da tríade dos sintomas de dor (ou fadiga), insônia e depressão. As outras síndromes a serem subsequentemente descritas serão comparadas a essa. A síndrome de fibromialgia é definida pela presença de dores musculoesqueléticas difusas e crônicas, identificadas pela compressão de pontos previamente selecionados pelo Colégio Americano

de Reumatologia (tender points) que são sensíveis ou doloridos, porém sem evidência de inflamação ou qualquer alteração laboratorial ou radiológica. **Essa síndrome costuma ter prevalência em 80 a 90% de pacientes do sexo feminino com pico de incidência na idade de 30-50 anos.**

Esses pontos dolorosos são encontrados em determinadas localizações anatômicas que serão descritas posteriormente. **Outros achados de utilidade diagnóstica, porém não essenciais para a classificação, podem ser a fadiga, distúrbios do sono, cefaléias, síndrome do intestino irritável, parestesias, sintomas semelhantes ao fenômeno de Raynaud, depressão e ansiedade. O fenômeno de Raynaud se refere a uma reação de vasoespasmos com mudanças de coloração da pele nas extremidades, estimulada pelo frio.**

4.3.1.1 Dados históricos

Nesse item, faço referência aos dados históricos específicos à síndrome de fibromialgia, que, em certa parte, podem se superpor com os dados históricos anteriores que se relatou para explicar a construção do conceito de dores crônicas sem causas conhecidas. Prefiro apresentá-los em separado para que se tenha oportunidade de obter dados de diferentes autores, em tempos históricos diferentes, sobre assuntos semelhantes. Para Goldenberg (1998, p.4/15.1), **sintomas relacionados à fibromialgia foram relatados desde 1850**, quando Froreip disse que pacientes com reumatismo apresentavam endurecimentos localizados em seus músculos que eram doloridos à pressão. Gowers criou o termo fibrosite em 1904, embora, atualmente, esse termo se relacione às síndromes de dores regionais. Nessa época, ele já enfatizou a sensibilidade ao toque, a ausência de inflamação localizada ou sistêmica e a presença de fadiga ou distúrbio do sono. Durante o meio século seguinte, fibrosite, como era chamada, foi considerada por alguns como sendo uma causa comum de dores musculares, por outros como sendo uma manifestação de ‘tensão’ ou ‘reumatismo psicogênico’, e pela comunidade de reumatologia em geral, de não se constituir numa entidade definida.

O conceito corrente de fibromialgia (FM) foi introduzido por estudos de Smythe e Moldofsky em meados de 1970. Eles descreveram que determinados locais anatômicos,

chamados de *tender points* (**pontos dolorosos**), eram mais sensíveis em pacientes do que em controles. Esses locais eram idênticos àqueles encontrados em condições classificadas como dores regionais, como, por exemplo, “cotovelo de tenista”. Eles também relataram que pacientes com FM apresentavam distúrbio do estágio 4 do sono e que experimentos seletivos reproduzindo esse distúrbio produziam sintomas de sensibilidade muscular consistente com FM.

A importância diagnóstica em se utilizar esses pontos sensíveis ou dolorosos como critérios para FM começou a se verificar em 1980 através de uma série de reportagens de diferentes observadores. **Foi em 1990 que um comitê multicêntrico norte-americano determinado pela sociedade American College of Rheumatology (ACR) estabeleceu os critérios para classificação de fibromialgia (FM).** Para obtê-los, foram testados 293 pacientes com diagnóstico de FM e 265 pacientes controles com desordens reumáticas que poderiam ser confundidas entre si; os pacientes foram entrevistados e examinados por médicos especialistas nesses assuntos, mas que desconheciam os diagnósticos oficiais. A combinação de dor crônica difusa com o encontro de 11 dos 18 pontos especificados sensíveis obteve a sensibilidade de 88.4% e a especificidade de 81,8%; desde então passaram a compor os critérios oficiais para diagnóstico da síndrome de FM.

4.3.1.2 Dados epidemiológicos:

Goldenberg (1998) relata que estudos americanos recentes estimam a prevalência de 2% de FM na população geral, que aumenta com a idade, atingindo 7% em mulheres de 60-80 anos. Oitenta a noventa por cento dos casos são mulheres e a média de idade, pelos critérios do Colégio Americano ACR (1990), é de 49 anos; 93% caucasianos, 5% hispânicos e 1% negros. Nível educacional e socioeconômico, em geral, mais elevado que a média.

Para esse autor, FM pode representar mais propriamente uma série contínua de dor e fadiga numa população do que uma doença distinta. Entretanto, o conceito de FM como uma síndrome clínica tem sido útil para estudos tanto epidemiológicos como terapêuticos. Por outro lado, muitos médicos relatam que um rótulo diagnóstico pode

gerar confiança aos pacientes de que seus sintomas são reais e que muitas outras pessoas têm sintomas semelhantes.

4.3.1.3 Apresentação clínica

O sintoma principal de FM é dor difusa e crônica. A dor geralmente começa num local, particularmente no pescoço e ombros, mas depois se torna generalizada. Comumente os pacientes relatam que eles se sentem ‘machucados por tudo’ e que têm dificuldade para localizar de onde começa a dor. A maioria dos estudos avaliando a intensidade da dor, com a utilização de questionários e escalas visuais, mostrou que a intensidade da dor foi maior nos pacientes com FM do que nos pacientes portadores de artrite reumatóide.

A maioria dos pacientes também relata profunda fadiga, que é mais notável quando acordam, mas que também pode ser acentuada no final da tarde.

Muitos pacientes não mencionam distúrbios do sono, porque eles só entendem problemas do sono como insônia, perda do sono e não como dificuldade para dormir e se sentir descansados. Todavia, eles reconhecem que seus sonos são leves e que acordam freqüentemente muito cedo e sentem dificuldade de voltar a dormir.

Cefaléias tanto tipo tensão ou típica de enxaqueca e sintomas sugestivos de síndrome do intestino irritável estão presentes em mais de 50% dos pacientes. Fenômeno semelhante ao de Raynaud ou excesso de sensibilidade ao frio também tem sido freqüentemente relatado. Em muitos pacientes, a presença de sintomas como tonturas, dificuldade de concentração, palpitações aumentam a suspeita de que possa se tratar de uma desordem somatoforme. Em torno de 25 % dos pacientes admitem ter buscado ajuda em serviço de saúde mental, usualmente devido à depressão. Podem referir queixas de fraqueza muscular e outras alterações neuromusculares, embora o exame não demonstre anormalidades.

No exame físico, esses pacientes se apresentam bem, sem qualquer alteração sistêmica ou articular evidente, exceto se existir outro diagnóstico associado.

Para Goldenberg, o único achado de confiança ao **exame físico** é o da presença de **múltiplos pontos sensíveis, dolorosos**. Apesar de vários conjuntos de pontos ideais terem sido propostos em fibromialgia, os nove pares recomendados como critérios de classificação

pela ACR devem ser examinados como rotina. Deve ser aplicada sob pressão, com o polegar, uma força igual a 4 kg. A utilidade diagnóstica da sensibilidade dos tender points tem sido objetivamente documentada com o uso de dolorímetros. Esses instrumentos são úteis para estudos controlados, porém, em clínica, a palpação digital é usualmente adequada. **O critério de pelo menos 11 pontos positivos dos 18 estabelecidos é recomendado para propósitos de classificação, mas não é essencial para diagnóstico de pacientes individuais.** Pacientes com menos de 11 pontos dolorosos, certamente, podem receber o diagnóstico de FM se outros sintomas ou sinais estiverem presentes. Achados como espasmo muscular, dermatografismo e cutis marmorata também são descritos.

A síndrome de fibromialgia (FM) pode coexistir associada com outras doenças reumáticas e não reumáticas, como, por exemplo, com artrite reumatóide e lupus eritematoso sistêmico, dificultando, muitas vezes, o reconhecimento diagnóstico.

4.3.1.4 Investigações diagnósticas

As investigações laboratoriais e radiológicas nada revelam e são primariamente úteis para excluir outras condições. Queixas de parestesias e disfunções cognitivas podem levar a exames caros e invasivos. Cirurgias desnecessárias são comuns em pacientes com FM. Uma avaliação formal ou informal do humor e da diminuição funcional desses pacientes deve ser realizada. Geralmente se utilizam questionários ou avaliação por profissionais especializados em saúde mental para os pacientes com evidente distúrbio de humor. Uma cuidadosa história sobre a qualidade do sono deve ser obtida.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE FIBROMIALGIA

ASPECTOS PRINCIPAIS:

Dores crônicas difusas

I - Pontos doloridos ao exame

ASPECTOS CARACTERÍSTICOS:

Fadiga

Distúrbios do sono

Inflexibilidade

Parestesias

Cefaléias

Intestino irritável

I - Fenômeno de Raynaud

Depressão

Ansiedade

*** Para classificação, os pacientes devem apresentar dor durante pelo menos três meses envolvendo as partes: superior e inferior, direita e esquerda do corpo, assim como a coluna, e dor em pelo menos 11 de 18 pontos ao exame digital.**

4.3.1.5 Patogênese

a- Estruturas musculares:

A procura por possíveis anormalidades para explicar a patogênese da FM, como, por exemplo, na função e na estrutura muscular, não tem sido recompensada. Apesar de trabalhos com o exame de músculos através da microscopia óptica e eletrônica terem demonstrado anormalidades, controles equiparados não confirmaram esses achados.

Muitos investigadores atualmente acreditam que as anormalidades musculares possam ser secundárias à inatividade devido à dor. Entretanto, também podem refletir alteração generalizada do sistema nervoso periférico e autônomo e explicar a hiperreatividade da pele, a sensibilidade ao frio e o fenômeno de Raynaud observados na FM.

Existem relatos do aumento do nível de alfa receptores adrenérgicos das plaquetas, relacionados à hipersensibilidade ao frio, encontrados em FM como também na depressão maior.

Goldemberg conclui que o vasoespasma e a redução do fluxo sanguíneo na pele e nos músculos são importantes em FM e podem estar ligados a fatores ambientais e a estresse psicológico.

b- Sistema nervoso central:

Condições psiquiátricas:

Goldemberg diz que não é de se surpreender que muitos autores tenham concluído que FM seja uma doença psiquiátrica ou uma manifestação de anormalidades psicofisiológicas. Pacientes se apresentam bem e não existe nenhum achado objetivo do exame físico, laboratorial ou radiológico que possa explicar esses sintomas crônicos. Além do mais, muitos pacientes referem depressão, ansiedade e alto nível de estresse. Portanto, a fibromialgia foi considerada uma forma disfarçada de depressão ou somatização, denominada de reumatismo psicogênico.

Estudos controlados utilizando instrumentos psicológicos padronizados aplicados à validade operacional dos critérios diagnósticos concluíram o seguinte:

* Existe uma maior quantidade de sintomas psicológicos em pacientes com FM do que em controles.

* **A maioria dos pacientes não apresenta uma doença psiquiátrica em atividade, embora a entidade nosológica depressão maior possa ser encontrada em 25% dos pacientes e uma história de depressão maior durante a vida do paciente possa ser encontrada em 50% dos casos. Existe também uma maior prevalência de história familiar de depressão nos pacientes com FM do que naqueles com artrite reumatóide e controles normais.**

Contudo a FM não é apenas associada à depressão, mas também a desordens de ansiedade, enxaqueca, síndrome da fadiga crônica e síndrome do intestino irritável. Essas desordens que se tem chamado de desordens de espectro afetivo podem

compartilhar com uma anormalidade psicofisiológica ainda não identificada. Relatos recentes têm também achado aumento de trauma físico e emocional em FM. Isso é especialmente verdadeiro com relação a abuso sexual na infância. O estresse crônico também reforça a hipótese de eventos traumáticos associados com FM.

c- Distúrbios do sono:

Os estudos iniciais apontaram alterações “laboratoriais” e “objetivas” do padrão de sono em pacientes com FM. Goldenberg refere que Moldofsky e colaboradores induziram pacientes a apresentarem um sono não restaurador e que também os mesmos desenvolveram sintomas de FM como pontos tendinosos sensíveis. Infelizmente, esses achados não foram confirmados. **Da mesma forma, outras alterações encontradas em exames como eletroencefalograma, anormalidade em sono alfa, também apareceram em outras entidades como síndrome da fadiga crônica e artrite reumatóide e em pessoas sadias. Portanto, alterações características de padrão do sono relativas a pacientes com FM ainda não foram encontradas.**

d- Dor e neurohormônios:

Fibromialgia (FM) representa uma desordem com aumento generalizado de sensibilidade à dor. Alterações primárias e secundárias em substâncias como serotonina, endorfinas ou substância P podem integrar as mudanças no sono, no humor e na dor. Muitos trabalhos mostram níveis diferentes dessas substâncias em pacientes com FM, assim como redução de tolerância à pressão, ao calor e estímulos elétricos nesses pacientes. Existem também evidências sugerindo anormalidades neurohormonais nos pacientes com FM. Dois estudos demonstraram diminuição de hormônio de crescimento nesses pacientes. Outros estudos mostraram diminuição de resposta da glândula adrenal, que pode ser resultado de uma reação crônica de estresse.

4.3.1.6 Tratamento

Nos últimos 10 anos, tem-se tentado uma série de ensaios controlados em tratamentos para fibromialgia. Esses incluem terapias com medicamentos e não medicinais. Embora a escolha terapêutica tenha sido empírica, existem propostas com um esquema racional que devem incluir:

- **Analgesia central e periférica**
- **Tratamentos para melhora dos distúrbios do sono**
- **Tratamentos para diminuição dos distúrbios de humor**
- **Melhora do fluxo sanguíneo dos músculos e dos tecidos superficiais.**

No que diz respeito aos medicamentos para a dor, os antidepressivos tricíclicos apresentam um efeito analgésico superior a medicações analgésicas tradicionais como antiinflamatórios não esteróides ou esteroidais.

A seguir, descrevo como o mesmo autor, Don Goldenberg, nesse mesmo capítulo, faz referência às outras síndromes, além da de Fibromialgia (FM), que ele considera como superpondo-se. São elas: **A síndrome da dor miofascial regional (SDMR), a síndrome do esforço repetitivo (SER) e a síndrome da fadiga crônica (SFC) ou (CFS em inglês).**

4.3.2 Síndrome da Dor Misofascial Regional (SDMR).

Goldenberg se refere conjuntamente à síndrome da dor miofascial regional (SDMR) e à síndrome de esforço repetitivo (SER) ou (LER-DORT em português). Essa última, preferi comentar em separado, para destacar sua relação, com doença ocupacional e suas implicações jurídicas e socioeconômicas. Esse autor inicia comentando que **a SDMR se sobrepõe à síndrome de fibromialgia (FM).** Muitas das **descrições de fibrosite que constam de relatórios originais equivalem ao que hoje se descreve com o nome de SDMR.** Essa síndrome é definida pela presença de *pontos em gatilho (trigger points)*, que incluem uma área localizada de sensibilidade muscular profunda, situada numa faixa de músculo tenso e

numa característica zona de referência que percebe a dor que se agrava à palpação dos pontos em gatilho. Alguns autores também insistem numa contratura local como resposta à compressão.

Ele salienta que **a conexão entre *trigger points* referidos em SDMR e *tender points* (pontos dolorosos) em FM não está clara.** Relatórios recentes têm questionado a resposta em contratura quando se palpa os *trigger points* e informam que existe pouca diferença ao exame dos pontos em pacientes com SDMR e com FM. **A SDMR inclui outras desordens comuns com dores regionais como cefaléia de tensão, dor lombar idiopática, desordens cervicais e síndrome da articulação temporomandibular.** Por conseguinte, para ele, a SDMR pode ser uma das causas mais comuns de dor, e é freqüentemente encontrada na prática médica. A patogênese não é conhecida, embora causa mecânica, causa de percepção de dor ou patologia muscular primária tenham sido postuladas. **Esses mesmos fatores potenciais de patofisiologia são descritos em FM. Além disso, semelhantes anormalidades psicológicas e relacionadas ao sono têm sido relatadas em dores miofasciais e fibromialgia.**

4.3.3 Síndrome do Esforço Repetitivo (SER). (LER-DORT no Brasil)

Goldenberg se refere a esta síndrome como de esforço repetitivo, conotação que costuma ser utilizada quando a dor miofascial ocorre no contexto que envolve movimentos repetitivos ou confinamento da postura. No entanto, do mesmo modo que com a fibromialgia, não há evidência de dano tecidual persistente ou injúria da unidade músculo-tendão. Esse termo, esforço repetitivo, deriva-se de observações epidêmicas de dor e incapacidade, nos meados de 1980, em trabalhadores australianos, semelhantes a outras apresentadas por trabalhadores britânicos em 1830. Quando, em 1908, se estipulou auxílio acidente para trabalhadores britânicos que apresentavam problemas com o uso repetitivo de grampeadores no telégrafo, o índice das pessoas com sintomas subiu para 60% e, das pessoas com incapacidade, o índice alcançou 30%, num período de quatro anos. Nesse mesmo período, nos Estados Unidos, os índices eram de 4% e 10%, respectivamente, referentes a trabalhadores que exerciam atividades semelhantes.

Após exaustivas análises das possibilidades implicadas, concluiu-se que essas alterações podiam ser atribuídas a uma combinação de dois fatores: **um, relacionado a uma susceptibilidade pessoal do operador; e o outro, a considerações ergonômicas. O principal sintoma pareceu não ter relação com a quantidade de trabalho.**

Essa condição era **mais prevalente no sexo feminino** e em trabalhadores não nascidos na Austrália. **Observou-se que esses dados não se repetiam com os trabalhadores em condições ergonômicas e sociais idênticas que trabalhavam como autônomos.** Goldemberg enfatiza que essas diferenças levaram à conclusão de que, na expressão dessa síndrome, aqueles fatores demográficos refletiam **variáveis mais psicossociais do que específicas às atividades do trabalho.**

4.3.4 Síndrome da Fadiga Crônica (SFC) ou (CFS em inglês)

Essa síndrome, originalmente construída pelos médicos da especialidade de infectologia, será inicialmente apresentada, como escrita por Goldenberg, no mesmo capítulo que escreveu sobre fibromialgia (FM), para, em seguida, ser comentada como foi escrita num livro texto americano de infectologia.

Goldenberg chama a atenção para a história da SFC exibir uma importante semelhança com a FM. Ele refere-se ao termo neurastenia, que se tornou popular desde 1869, para se referir à fadiga crônica inexplicável. A conexão entre fadiga crônica e infecções, essencialmente virais, tem sido relatada desde epidemias de poliomielite em 1930.

Alguns autores **salientaram sintomas neuropsiquiátricos crônicos, idéia reforçada pelos exames sempre negativos.** Outras observações demonstraram **a persistência de sintomas após infecções, em pacientes com uma psicopatologia pré-existente, particularmente depressão.**

Em 1988 se estabeleceram os critérios para classificar a SFC. A presença do diagnóstico de FM ou de depressão maior não exclui o de SFC. **Porém, comparando-se a FM e a SFC, 30-70% dos pacientes preenchem os mesmos critérios.** Estudos demográficos, imunológicos e psiquiátricos, assim como investigações em fadiga muscular apresentam similaridades com a FM. SFC tem sido relatada em mulheres jovens e

previamente saudáveis. Achados neuroendócrinos, psiquiátricos e em neuroimagem são semelhantes em SFC e FM.

Essa síndrome também está descrita por Engleberg no livro clássico de infectologia Principles and Practice of Infectious Diseases, Mandell, Douglas, and Bennett's (2000, p.1529-1534), no capítulo de síndromes variadas (miscellaneous syndromes), salientando a dificuldade de definição.

O autor, Engleberg, se refere a uma síndrome que **consiste de fadiga profunda e prolongada, associada a outros sintomas somáticos ou neuropsicológicos.** Acrescenta que o diagnóstico é baseado na informação subjetiva do paciente, de um aglomerado de sintomas e da ausência de alguma condição médica ou psiquiátrica que possa explicar essas queixas. Tentativas de atribuir essa síndrome a uma única causa coerente têm sido infrutíferas. Pelo contrário, existem evidências que favorecem a noção de que a definição de síndrome **identifica uma população heterogênea na qual fadiga, dor, queixas cognitivas e sintomas semelhantes a viroses, como febre baixa, dor de garganta e gânglios sensíveis, são as conseqüências comuns a uma variedade de diferentes causas.**

Outros nomes para essa desordem incluem a encefalomielite miálgica (Na Grã Bretanha e Canadá) e síndrome da fadiga crônica e disfunção imune (nos Estados Unidos). Engleberg diz que a maioria das autoridades nos Estados Unidos preferem o nome de síndrome da fadiga crônica, já que não existe evidência de inflamação no sistema nervoso central, nem disfunção no sistema imune, como responsáveis pelos sintomas dessa desordem. Fadiga pós-viral e fadiga pós –infecciosa são designações menos precisas quando determinam que a fadiga seja induzida por uma doença infecciosa e persiste durante uma convalescença prolongada.

Esse autor também estabelece comparações sobre a SFC com a FM e considera que existe uma superposição (overlap) entre elas. (ENGLEBERG, 2000, p.1532). Ele também discute as dificuldades na conotação dessa entidade frente aos pacientes. Para ele, o melhor enfoque é o de reconhecer e validar os sintomas do paciente como parte de uma síndrome idiopática.

CONSENSO DE DEFINIÇÃO DE S. DE FADIGA CRÔNICA (CDC/NIH)

Presença de fadiga crônica por mais de seis meses, avaliada clinicamente, que não é vitalícia, ou como resultado de um esforço contínuo e que não é substancialmente aliviado por repouso. A fadiga está associada com uma redução significativa das atividades pessoais, ocupacionais, educacionais ou sociais.

MAIS

Quatro ou mais dos seguintes sintomas concorrentes:

Diminuição de memória ou concentração

Garganta dolorida

Gânglios cervicais ou axilares sensíveis

Dores musculares

Dores articulares difusas

Cefaléias recentes

Sono não restaurador

Mal estar após os esforços

Centers for Disease Control (CDC); National Institutes of Health (NIH)

Adaptado de Fukuda K. Straus, Hickie I. et al. Ann. Intern. Méd. 1994,121:953-959.

Após ter relatado as síndromes que foram descritas por Don Goldenberg como comórbidas, a FM, a SDMR, a DORT e a SFC, descrevo outras síndromes também comórbidas, em que os pacientes apresentam como sintomas principais os de depressão e insônia, além da ansiedade. Embora a dor e a fadiga não faça parte dos critérios das síndromes depressivas que serão destacados abaixo, e como tal não sejam pesquisadas pelos psiquiatras, elas podem co-existir nesses pacientes, seja como fatores causais ou casuais. Pode-se estabelecer uma conexão entre muitos desses pacientes, angustiados, que referem fatos traumáticos em suas histórias de vida, que os tornam deprimidos, com insônia e que, por não conseguirem aprofundar o sono, podem alterar a liberação de substâncias e virem a desencadear distúrbios centrais de modulação da dor, um dos mecanismos propostos para a síndrome de fibromialgia.

4.3.5 – Síndromes Depressivas

O livro texto utilizado como referência ao estudo desse distúrbio foi o de Harrinson: Princípios de Medicina Interna (1998), edição internacional em língua inglesa, por mim traduzida. O assunto, desordens do humor, está escrito na secção de nº5 referente a Desordens Psiquiátricas, do capítulo de Desordens Mentais incluído na sub-secção de nº 14 relativa às Desordens Neurológicas. A secção com o título de Desordens Psiquiátricas está escrita por Victor I. Reus, médico e professor de psiquiatria da Universidade da Califórnia – EEUU. (p.2491-2496)

As desordens do humor se caracterizam por distúrbios na regulação do humor, do comportamento e do afeto e são subdivididas em: desordens depressivas, desordens bipolares (depressão/mania) e depressão associada com doenças ou com abuso de álcool e/ou drogas. As desordens depressivas são separadas das desordens bipolares pela ausência de episódio de mania. Porém, essas relações etiopatogênicas ainda não estão bem entendidas. Desordens de humor secundárias a problemas de saúde são frequentes na prática médica e, quando ocorrem nesse contexto, ficam difíceis de serem avaliadas. A sintomatologia depressiva pode refletir um estresse psicológico causado pela própria doença ou por medicações usadas, ou pode simplesmente coexistir nesse mesmo período. Por exemplo, pacientes com doenças no coração manifestam desordens depressivas em 20 a 30% dos casos. Esse percentual pode aumentar quando se utilizam questionários apropriados. Sintomas depressivos acompanhando o infarto do miocárdio têm um efeito negativo para a reabilitação, o que piora o prognóstico.

Desordens depressivas: manifestações clínicas

Depressão maior: esse tipo é definido pela presença de humor deprimido diariamente com duração mínima de duas semanas. Cada episódio pode ser caracterizado por tristeza, melancolia, indiferença, apatia, ou irritabilidade, e é usualmente associado com alterações de várias funções neurovegetativas, incluindo padrões de sono, de peso e de apetite, retardo ou agitação motora, fadiga, prejuízo na concentração e na tomada de decisões, sentimentos de humilhação ou de culpa, e pensamentos de morte. Pacientes com depressão endógena exibem

uma profunda perda de prazer com as atividades agradáveis, desde as primeiras horas matinais; sentem também que o distúrbio do humor é qualitativamente diferente de tristeza. Paradoxalmente, esses aspectos mais severos predizem uma melhor resposta ao uso de antidepressivos.

Aproximadamente 15% da população geral experimentam um episódio de *depressão maior* em algum período de suas vidas e 6 a 8% dos pacientes de ambulatório satisfazem os critérios dessa desordem.

Depressão, às vezes, deixa de ser diagnosticada, como também pode ser tratada inadequadamente. Se um médico suspeita a presença de *depressão maior*, deve tentar determinar se representa depressão unipolar ou bipolar ou se é um dos 10 a 15% dos casos secundários a doenças médicas ou abuso de drogas.

Em determinados pacientes, a desordem do humor não parece ser episódica e não está claramente associada, nem com disfunção psicossocial, nem com mudança na experiência individual de vida. *Distímia* consiste num padrão crônico (pelo menos dois anos), com sintomas de depressão mais leves e menos incapacitantes que os da *depressão maior*; essas duas condições são muitas vezes difíceis de serem separadas e também podem ocorrer juntas, como “*depressão dupla*”. É interessante que muitos pacientes que exibem um perfil de pessimismo, desinteresse e baixa auto-estima, respondem ao tratamento com anti-depressivos. A *distímia* existe em cerca de 5% dos pacientes de ambulatório.

Estudos em diferentes culturas têm mostrado diferenças nas manifestações externas da depressão, mas a essência de sintomas permanece a mesma. A incidência de depressão aumenta com a idade e é duas vezes mais prevalente na mulher. Acreditava-se que essas diferenças de gênero pudessem refletir fatores socioculturais, mas recentes estudos longitudinais com gêmeos indicam que a suscetibilidade à *depressão maior* em mulheres adultas é de origem genética e que o efeito dos fatores ambientais é transitório e não afeta a prevalência. A relação com estresse psicológico, eventos negativos na vida e com o início de episódios depressivos permanece incerta. Certamente, eventos negativos podem contribuir ou precipitar a depressão, mas a depressão por si só também pode ser a origem de experiências estressantes desencadeando um mecanismo de feedback, isto é, retroalimentação.

Existe um tipo de depressão que se manifesta de acordo com a estação do ano, é mais comum nas mulheres, com sintomas de falta de energia, fadiga, ganho de peso, excesso de sono e desejo de carboidratos. A prevalência aumenta quando se distancia da Linha do Equador e o humor melhora com exposição solar.

A neurobiologia da depressão unipolar ainda é pobremente entendida. Embora evidências de transmissão genética não sejam tão fortes como nas desordens bipolares, gêmeos monozigóticos têm uma taxa de concordância (46%) maior do que gêmeos dizigóticos (20%), com pouca evidência do efeito da fração de ambiente familiar.

Nesse mesmo livro texto, em Medicina Interna, Harrison's Principles of Internal Medicine (1998), um capítulo se dedica ao tema Saúde na Mulher (Women's Health, p.21-24) e faz referências a desordens psicológicas, ressaltando uma maior frequência de depressão e ansiedade no sexo feminino. Nesse capítulo, além de fatores biológicos que podem influenciar a morbidade e mortalidade, como a proteção do estrógeno, existe referência aos fatores psicossociais, às desordens psicológicas, ao abuso de álcool, à violência contra a mulher. Nesse capítulo consta que 20% das mulheres sofrem um assalto sexual e ressalta a violência doméstica, perto de 100.000 mulheres como violadas. Comenta que esses dados representam apenas uma fração e que ***“a violência doméstica é o maior problema de saúde em mulheres de todas as idades, etnias e grupos socioeconômicos”***. (KOMAROFF; ROBB-NICHOLSON; WOO, 1998, p.23). Concluem que mulheres com esses antecedentes frequentemente precisam de cuidados médicos devido a cefaléias, desordens do sono, sintomas musculoesqueléticos, genitourinários, dores, depressão, uso de drogas e idéias suicidas. Lembram que diante dessas apresentações indiretas e da alta prevalência de violência, para mulheres com sintomas vagos e desordens psicológicas, os clínicos precisam admitir essas relações como possibilidades.

Estudos epidemiológicos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento apontam que a *depressão maior* é duas vezes mais frequente na mulher do que no homem, desde a adolescência. Na mulher, a depressão também apresenta um prognóstico pior do que no homem: os episódios são mais longos e a taxa de remissão espontânea é menor. A depressão ocorre em 10% das mulheres durante a gravidez e 10 a 15% durante os primeiros meses de período pós-parto.

Fatores sociais podem ser responsáveis pela maior prevalência de algumas desordens na mulher; a tradicional subordinação da mulher, em seu papel na sociedade, pode gerar desamparo e frustração, que, por sua vez, contribui para o aparecimento de doenças psiquiátricas. Em adição, parece que fatores biológicos, incluindo trocas neuroquímicas sob influências hormonais, também exercem um importante papel. O sistema límbico e o hipotálamo, áreas do cérebro que comandam o apetite, a saciedade e a emoção, contêm receptores de estradiol e testosterona.

Posso tecer o comentário de que: o estudo da relação de fatores psicossociais e suas expressões biomédicas foram insinuados nesses capítulos, embora não se pode esperar que seja suficientemente explorado no modelo de Educação Médica de Flexner que prioriza quase tão somente o biomédico e compartimenta o conhecimento dividido em especialidades.

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO MAIOR

O diagnóstico de *depressão maior* é realizado através de critérios previamente estabelecidos por especialistas, nesse caso, os psiquiatras. Esses critérios devem conter pelo menos cinco de nove sintomas, que causam angústia e prejuízo nas funções sociais e ocupacionais, e não estão relacionados à doença médica geral ou uso de drogas, têm duração de mais de 2 meses e não se relacionam a fatores externos de perda ou privação. Vale ressaltar como alguns desses sintomas: humor deprimido, desinteresse, insônia, hiperinsônia, fadiga, sintomas estes também encontrados na síndrome da fibromialgia, e da síndrome da fadiga crônica.

4.4 SUPERPOSIÇÃO (OVERLAP) – COMORBIDADE ENTRE SÍNDROMES

Como foi referido, essas síndromes que foram apresentadas e que são diagnosticadas através de critérios pré-estabelecidos por diferentes especialistas são consideradas por diferentes autores como se superpondo (overlap), já que muitos estudos evidenciam a prevalência de comorbidades, pela semelhança de muitos dos aspectos que compõem essas

síndromes. Dentre elas foram apresentadas: a síndrome da fibromialgia, a da dor miofascial regional, a do esforço repetitivo, a da fadiga crônica e a da depressão. Outras têm surgido com mecanismos fisiopatológicos que sugerem conotações semelhantes e que também são aceitas como comórbidas: as cefaléias de tensão e a síndrome de intestino (cólon) irritável. Sintomas em articulação temporomandibular e distúrbios menstruais também são citados. A seguir, comento artigos recentes sobre o tema em estudo, com o objetivo de demonstrar seu desenvolvimento, o perfil das publicações brasileiras, a existência de controvérsias, as mudanças progressivas em suas conotações e os fatores que coexistem e tornam essas síndromes semelhantes.

4.4.1 Fibromialgia: Análise Crítica

Após ter apresentado descrições que foram obtidas de livros textos americanos, adotados nas Faculdades de Medicina de diferentes países, discuto, a seguir, alguns tópicos posteriores a essas publicações.

O mesmo Goldenberg que escreveu o capítulo acima descrito publica, no ano seguinte, 1999, um artigo de revisão com o título de *A Fibromialgia, uma década depois. O que aprendemos?* Goldenberg diz que, apesar do número crescente de publicações a respeito desse assunto, pouco progresso tem sido feito na compreensão, ou no tratamento desse distúrbio; acrescenta que **o conceito de Fibromialgia (FM) permanece controverso e que muitos autores continuam a questionar sua existência e sua utilidade diagnóstica.**

Ele lembra que 10 a 12% da população geral sofrem com dores crônicas disseminadas, que as mulheres são mais afetadas do que os homens e que **a FM é o segundo diagnóstico mais comum em clínicas de reumatologia.** Refere que a prevalência estimada de FM na comunidade em geral é de 2% , sendo que 3,4% para as mulheres e que pode ultrapassar 7% em mulheres de 60 a 79 anos de idade. Acrescenta que muitas dessas pessoas não têm um diagnóstico definido e que o conceito de FM foi elaborado para identificar essas pessoas, mas que, **como qualquer outra síndrome, esse diagnóstico baseia-se em uma série de sintomas predefinidos; e que o sintoma principal é uma dor disseminada não explicada por um distúrbio musculoesquelético inflamatório ou degenerativo.** Goldenberg ressalta que **não**

existem “marcadores objetivos” da doença e que a presença de muitos *pontos dolorosos* (*tender points*) nas partes moles confirma o diagnóstico. Diz que, dos vários critérios propostos e testados em campo para FM, os critérios de classificação de 1990 do Colégio Americano de Reumatologia para FM têm sido adotados pela maioria dos pesquisadores.

Sobre esses critérios diagnósticos baseados nos *tender points*, dos 18 pontos, o diagnóstico é confirmado por 11 pontos positivos, testados durante o exame físico; conclui que o exame dos pontos de sensibilidade é clinicamente confiável quanto à distinção com outros transtornos reumáticos. **Salienta que a presença de muitos *tender points* pode coincidir com a presença de depressão, fadiga, ansiedade e sintomas somáticos, além da dor; e que não há fronteiras claras entre a dor endêmica em pessoas na comunidade e a dor da FM.**

Goldenberg responde sobre críticas que se costumam fazer ao uso de critérios diagnósticos: *“Os critérios diagnósticos operacionais de qualquer doença que não manifeste anormalidades fisiopatológicas definitivas podem ser criticados como sendo arbitrários. A opinião do especialista é o padrão de critério diagnóstico, com o potencial de levar a fundamentos cíclicos ou a tautologia⁴. Contudo, o diagnóstico de muitas doenças crônicas, incluindo a enxaqueca e as cefaléias tensionais, a síndrome do cólon irritável (SCI) ou (IBS em inglês), a síndrome da fadiga crônica (SFC) ou (CFS em inglês) e a depressão, baseiam-se em critérios subjetivos semelhantes, determinados por um consenso de médicos especialistas”*. (GOLDENBERG, 1999, p.3508).

Chama atenção de que os critérios de classificação da FM têm o objetivo de oferecer aos pesquisadores um grupo homogêneo de pacientes para estudo e não se destina ao diagnóstico em pacientes individuais. Informa que, nas clínicas, a FM é diagnosticada por meio de perguntas simples sobre a dor, ou diagrama da dor, junto à obtenção cuidadosa da história médica, e que o exame físico é necessário para se identificar doenças inflamatórias e/ou degenerativas. Menciona que o paciente deve apresentar dor

⁴ Vício de linguagem que consiste em dizer por formas diversas, sempre a mesma coisa (Ferreira, 1975:1358).

crônica disseminada, fadiga e sintomas associados como distúrbios do sono e cefaléia. Quanto aos achados de um exame físico, são normais, exceto por múltiplos *tender points*, recomendando-se realizar uns poucos exames laboratoriais, tais como velocidade de hemossedimentação e testes de função da tireóide. Comenta que antes ele descreveu o

paciente típico da FM como uma mulher jovem, mas que ele acha que tem aumentado com a idade e também que está associada a outros transtornos comórbidos.

Goldenberg relata sobre as dificuldades diagnósticas, que não são diretas e objetivas em pacientes com doenças clínicas e psiquiátricas concomitantes e que a confiança diagnóstica só pode ser obtida com uma experiência considerável na avaliação de pacientes com dor crônica. Reconhece também a coexistência freqüente da FM com outras síndromes comuns e mal definidas, tais como a síndrome da fadiga crônica, as cefaléias, síndrome do cólon irritável e a depressão. E completa que com base em critérios de classificação padrão, 50% a 70% dos pacientes com FM têm um diagnóstico de SFC, enxaqueca e depressão atual ou no passado. Ele afirma:

“Cada um desses transtornos tem sintomas, cronicidade, aspectos demográficos e terapias semelhantes. Essas síndromes se sobrepõem tão extensivamente que podemos concluir que cada uma representa manifestações diferentes da mesma patologia geral. Portanto, há pouco valor em se preocupar se um paciente tem FM, CFS ou IBS ou todos os três distúrbios”. (GOLDENBERG, 1999, p.3508).

Quanto à relação entre FM e doença psiquiátrica, Goldenberg afirma que há fortes evidências de que o transtorno depressivo maior esteja associado à FM. Justifica que os sintomas de fadiga, distúrbios do sono e distúrbios cognitivos, característicos da FM, também estão presentes no transtorno depressivo. E escreve:

“Distúrbios co-mórbidos, tais como enxaquecas e cefaléias musculares, CFS, IBS, síndrome pré-menstrual e dor facial atípica, estão ressaltados tanto na FM quanto na depressão”. (GOLDENBERG, 1999, p.3508).

Especifica que os pacientes com FM e com aqueles outros transtornos relacionados, geralmente, melhoram com medicações antidepressivas; uma história de depressão durante toda a vida tem sido relatada em 50 a 70% dos pacientes com FM, embora a maioria desses pacientes não apresentem uma doença psiquiátrica em curso, quando do diagnóstico de FM. **Porém, Goldenberg faz questão de afirmar que a natureza dessa associação ainda é controversa: pacientes com FM podem tornar-se deprimidos por causa da dor e da incapacidade; a depressão maior, por sua vez, pode causar FM, uma teoria psicossomática clássica.** Conclui que a relação temporal variável entre a depressão e a dor pesa contra as teorias e que a associação mais provável é a do **compartilhamento de fatores biológicos ou psicológicos.**

Goldenberg chama a atenção que o estresse psicológico influencia a manifestação da dor e de outros sintomas importantes na FM e **a procura desses pacientes a uma clínica especializada. Exemplifica que há relato de que os pacientes com uma incidência maior de abuso sexual e físico na infância procuram mais recurso médico do que os pacientes da comunidade com esses mesmos transtornos comórbidos.** Cita que pesquisadores do Centro Médico da Universidade do Alabama, Birmingham, publicaram uma série de observações importantes, comparando pacientes com FM observados por um reumatologista com pacientes da comunidade que se encaixavam nos critérios de FM; uma das conclusões foi de que:

“As doenças psiquiátricas em curso, e no passado, estavam diretamente relacionadas ao comportamento de busca da saúde”. (GOLDENBERG, 1999, p.3509).

4.4.2 Fibromialgia no Brasil

No **Brasil**, o tema começa a ser intensamente discutido nos meios de comunicação e na categoria médica. Conforme apresentado, a Educação Médica no Brasil segue o modelo da Educação Médica americana; como a síndrome da fibromialgia foi descrita inicialmente nos Estados Unidos, os trabalhos brasileiros que começam a ser publicados seguem o mesmo formato e utilizam como referência aqueles originais. A Revista Brasileira de Reumatologia,

jan/fev de 2002, foi inteiramente dedicada a esse tema. O título do Editorial, escrito por Laurindo, confirma a instabilidade desse tema: **Controvérsias e... mais controvérsias.**

Artigo com o título de **Comorbidade em Fibromialgia** (p.1-7) corrobora as conotações já anteriormente referidas. Ribeiro e Battistella sugerem, na conclusão desse artigo, cautela na avaliação das múltiplas queixas apresentadas por essas pacientes a fim de poupá-los de procedimentos diagnósticos que podem ser mais agressivos. Esses autores comentam quanto à incapacidade para o trabalho, **ao comparar, no Brasil, com o estudo conduzido por Wolfe, nos Estados Unidos, que a ocorrência de afastamento para o trabalho é muito maior.** Atribuem tal discrepância **às diferenças culturais, ao nível de educação, ao despreparo de nossos pacientes para trabalhos especializados e às atividades que são mais voltadas ao trabalho físico, além dos critérios para aceitação de incapacidade para o trabalho.** De um modo geral, os resultados brasileiros foram semelhantes aos da literatura americana.

Helfenstein e Feldman (p.8-14) escrevem um capítulo intitulado de **Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes** se referem à síndrome de fibromialgia, como **uma condição comumente observada na prática médica diária, mas que, no entanto, muitos profissionais ainda não estão familiarizados com o conceito desta síndrome dolorosa crônica.** Num estudo realizado no ambulatório de Reumatologia da Universidade de São Paulo, foram analisados 200 pacientes quanto a dados demográficos e ocupacionais, história clínica, questionário funcional (FIQ), exames geral e complementares e pesquisa de síndromes disfuncionais associadas. Os autores obtiveram como resultado: **99,5% dos pacientes eram do sexo feminino e o tempo médio de dor músculo-esquelética foi de 10 anos. Observou-se uma alta incidência de parestesias, dificuldades de memória, palpitações, tonturas, sensação de inchaço e dor torácica, todas presentes em, pelo menos, 70% dos pacientes; ¾ dos pacientes queixaram-se de cefaléia.** Outras síndromes com cólon irritável e dismenorréia foram observadas em 67% e 44% dos pacientes, respectivamente. **Esses autores concluíram que a falta de reconhecimento dessa entidade tem conduzido médicos a realizarem investigações diagnósticas desnecessárias e até procedimentos iatrogênicos, que muitas vezes promovem preocupação e estresse dispensáveis.**

Helfenstein publicou também um folheto sobre o impacto socioeconômico das lesões por esforços repetitivos – LER/DORT, assunto de sua Tese de Doutorado, em 1997. Ele se refere aos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) como um conjunto heterogêneo de afecções musculoesqueléticas ocupacionais que são decorrentes de sobrecargas mecânicas. Comenta que a sigla LER (lesões por esforços repetitivos), foi recentemente substituída pelo acrônimo DORT, mas que, em nosso meio, esse novo termo não parece ter força suficiente para eliminar o termo anterior.

Ressalta que, nos Estados Unidos, os distúrbios musculoesqueléticos estão entre os problemas médicos mais prevalentes, afetando 7% da população e sendo responsáveis por 14% das consultas médicas e por 19% das hospitalizações. Cita o órgão governamental *National Institute for Occupational Safety and Health- NIOSH, 1997*, estima **despesas anuais de 15 a 20 bilhões de dólares em compensações financeiras (gastos diretos), além de outros 45 a 60 bilhões de dólares em despesas indiretas.** Quanto ao Brasil, esse autor diz que as estatísticas são bastante deficientes, mas, certamente, **a quantidade de diagnósticos atinge dimensões muito expressivas.** Para ele: *Atualmente, em nosso país, há uma situação epidêmica com relação às LER/DORT.* (HELFENSTEIN, 1997, p.6).

4.4.3 Prevalência no Gênero Mulher.

Considero que a significativa predominância dessas síndromes no sexo feminino, com relatos cada vez mais freqüentes da relação a fatores psicossociais e culturais, justifica que se comente sobre esses dados.

Os antropólogos têm feito referências sobre a **saúde mental no gênero mulher** no que diz respeito a **experiências potencialmente fragilizadoras à saúde mental, na trajetória de vida das mulheres.** No capítulo de um livro escrito em português com o título de *Antropologia da Saúde*, (1998), Hita, M. escreve um capítulo sobre: *Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias.* (p. 179-213)

A autora enfatiza que sua abordagem não é apenas epidemiológica para identificar fatores de estresse no meio social, mas que busca compreender a **interação complexa de**

experiências que se desenvolvem ao longo de uma trajetória de vida. Salienta o **“processo”** através do qual os indivíduos dão sentido e respondem às pressões externas do meio social. Chama a atenção à preferência ao termo “experiência fragilizadora”, porque esse *“reflete o intuito de compreender não apenas condições sociais ‘externas’, objetivas, mas também os modos específicos pelos quais os indivíduos se situam frente a situações, conferindo-lhes sentido”*. Acrescenta que: *“A idéia de processo de fragilização’ põe em evidência o transcurso temporal, ou seja, a trajetória de vida a partir da qual os indivíduos desenvolvem modos próprios de lidar com e interpretar as situações”*. (HITA, 1998, p.179)

Hita mostra a diferença entre se tentar explicar os fatos objetivos externos à consciência e se compreender **a forma como esses fatos ganham significado e são incorporados à vida**. E que uma análise sócio-antropológica de eventos, quando construída a partir de quem os vivencia, **pressupõe uma compreensão das características pessoais e subjetivas dos indivíduos, e também o contexto da situação social em que se encontram esse self**. Explica que *self* é uma entidade reflexa cuja formação entranha uma dialética entre a auto-identificação e a identificação que é feita pelos outros.

No que concerne ao conflito, a autora o define como a coexistência de condutas contraditórias, incompatíveis entre si. E refere-se a Bleger (1963) quando afirma que o que caracteriza a vida de pessoas tidas como “normais” não é a ausência de **conflitos**, senão a **possibilidade de os resolver, o saber lidar com eles**. Hita introduz a idéia de crise quando existe um movimento de entrega e rendição frente ao problema (conflito), fragilização, quebra de equilíbrio e sentimentos de padecimento. Diz respeito a uma etapa depressiva que exige medidas externas ao indivíduo para sua contenção.

Hita ressalta que, para a mulher, parece haver situações problemáticas que são peculiares a seu gênero, e que, para alguns, haveriam **formas específicas de “adoecimento” das mulheres**.

A mesma autora escreve que abordagens epidemiológicas sobre doença mental apontam que as mulheres sofrem mais que os homens dos chamados distúrbios afetivos e neuroses, embora, em torno dessa afirmação, exista um complexo e interminável debate. São relatados possíveis fatores de susceptibilidades de ordem biológica (tensão pré-menstrual, uso

de anticoncepcionais, distúrbios do pós-parto, menopausa, etc) e também cita Weissman & Klerman, 1997; Miles, 1988 (p.181-182) quanto à referência a fatores sociais (posição de subordinação do papel da mulher, status desvantajoso, falta de poder, menor auto-estima, etc) –levando a que as mulheres vivenciem os eventos de forma distinta dos homens e sejam mais suscetíveis ao stress.

*Quanto às desordens psicoafetivas, destaca a **depressão**. Hita afirma que esse foi “um dos problemas mentais mais diagnosticados no século XX e que, até recentemente, era pensado como o principal problema feminino”. (RUSSEL, 1995 apud HITA, 1998, p.182). “Parece ter capturado o lugar ocupado pela histeria no imaginário do século XIX”. (HITA, 1998, p.182).*

Uma pesquisa na Inglaterra assinala que os principais processos de “fragilização” das mulheres se destacam por ordem de maior intensidade: *“casamentos insatisfatórios, ações passadas (traumas), mudanças hormonais, relações familiares insatisfatórias, eventos adversos ou dificuldades severas como cuidar de parentes doentes e velhos e doenças físicas crônicas; apareceram também problemas de infância e no trabalho assalariado”*. (MILES apud HITA:1998, p.183)

Hita menciona que estudos psicanalíticos também apontam de forma consensual para a forte manifestação de uma série de **crises nas mulheres** (especialmente as de classe média) de forma bastante sistemática e geral, **principalmente quando atingem a meia-idade**. **Esses modos de ser mulher assumem significações e particularidades distintas em contextos sociais, históricos e culturais específicos**. Para concluir, a autora refere-se a outro tipo de situação fragilizadora frente a qual **o sentimento característico é de impotência e revolta**, quando se trata de cuidar de doentes crônicos ou morte de pessoas próximas, e que pode se acentuar quando associada a fatalidades inesperadas.

Em artigo recente via Internet em J.Gend Specif Med (2002, 5 (2), p.42-47), com o título de **Diferenças de Gênero em Fibromialgia e outras Síndromes Relacionadas** (Gender Differences in Fibromyalgia and Other Related Syndromes), Yunus, Professor de Reumatologia na Universidade de Illinois, escreve que **Fibromialgia tem uma incidência de 90% no sexo feminino**. Esse autor relata que dois estudos recentes mostraram que as

mulheres têm, significativamente, mais fadiga, seja comum ou matinal, e sentem-se doloridas por todo o corpo (“hurt all over). Acrescenta que as diferenças de gênero também foram relatadas em outras síndromes como **cefaléia de tensão, enxaqueca, síndrome da fadiga crônica, síndrome do intestino irritável e distúrbios temporomandibulares**.

Yunus comenta que somente nos anos recentes se tem dado mais atenção às diferenças entre homens e mulheres, e que eles são diferentes não só em anatomia e fisiologia, mas também em farmacologia, nos mecanismos de doença (incluindo genéticos), na expressão de doenças e prognóstico. Para ele, tornou-se mais claro que **um entendimento das diferenças de gênero é importante**, não somente para uma melhor compreensão dos mecanismos de doenças, mas também para a avaliação prática e manejo dos pacientes na prática clínica, incluindo o prognóstico. Embora exista diferença entre sexo (um fenômeno biológico) e gênero (o complexo que reúne biologia, psicologia, experiência na infância e outros fatores socioculturais), esse autor utiliza esses dois termos como sinônimos.

Esse autor também descreve que, desde 1980, a **síndrome de fibromialgia, está associada a várias síndromes similares e superpostas, como cefaléias de tensão e enxaquecas, síndrome do intestino irritável, síndrome da bexiga irritável, síndrome da fadiga crônica, dor em articulações temporomandibulares, dismenorréia primária, estresse por distúrbios postraumáticos e múltiplas sensibilidades químicas**. Essas síndromes têm em comum a ausência de patologias clássicas anatômicas nos tecidos; falta de achados objetivos anormais no exame físico e nos testes laboratoriais e radiológicos rotineiros; ausência de doença psiquiátrica em excesso além daquela explicada nas dores e doenças crônicas (na maioria dos estudos). Expõe que as anormalidades neurohormonais comuns a essas síndromes **sugerem uma sensibilidade de origem central e que essas doenças têm sido agrupadas como síndromes relacionadas ao estresse, distúrbios de espectro afetivo, síndrome de espectro disfuncional, síndromes funcionais somáticas. E que ele propôs, recentemente, síndromes com sensibilidade central**.

Além do **gênero feminino ser um fator de risco para angústia** (fator psicológico), que, por sua vez, **está associado com dor, fadiga e sono deficiente**, ele escreve que **dor e outros sintomas também são influenciados por fatores socioculturais como: crença**

religiosa, suporte étnico, educação na infância, status socioeconômico e estereotipagem pela sociedade..

Esses fundamentos, muito pouco explorados pela Medicina tradicional, merecem ser estudados, porque podem explicar parte das dificuldades atuais em se entender a fisiopatologia das síndromes que foram apresentadas, quando não se levam em conta a multicausalidade e a construção social das doenças. Vale refletir como modificar o comportamento dos profissionais médicos formados por um modelo fragmentado e compartimentado com hegemonia biomédica, para que possam vir a desenvolverem um *Estilo de Pensamento* que coadune com essas propostas apresentadas.

Em seguida, finalizo estudando o significado do termo somatização, por acreditar que o mesmo pode se constituir num elo entre as diferentes síndromes que foram relatadas e poder vir a representar um dos temas importantes para ilustrar a categoria epistemológica de *Objeto Fronteira*.

4.5 DESORDENS DE SOMATIZAÇÃO: DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS

As síndromes que foram apresentadas dizem respeito a pacientes que exibem sintomas que podem receber conotações psicossociais, que podem desencadear sintomas físicos, considerados como somáticos (referentes ao corpo).

Trabalhos recentes (2001) começam a questionar a relação entre fibromialgia e somatização.

No capítulo de Desordens Mentais do livro texto, Harrison's Principles of Internal Medicine (1998, p.2497-2498), estão incluídas as desordens que estamos chamando como desordens somáticas (somatoform disorders). Reus considera que 5% dos pacientes que freqüentam ambulatorios se mostram com múltiplas queixas somáticas que não são explicadas por alguma condição médica conhecida.

Na *desordem de somatização*, o paciente se apresenta com múltiplas queixas físicas, derivadas de diferentes sistemas do organismo. O início é geralmente antes dos 30 anos de idade e a desordem é persistente. Critérios diagnósticos formais requerem episódios de dores pelo menos em 4 diferentes lugares, mais dois sintomas gastrointestinais (náusea, diarreia,

intolerância a alimentos, etc), mais um sintoma sexual (indiferença sexual, disfunção erétil, irregularidade menstrual, etc) e um sintoma pseudoneurológico (fraqueza muscular, dificuldade de engolir, amnésia, etc). São comuns sintomas de ansiedade e distúrbios de humor associados e a suspeita de comorbidade com diagnóstico psiquiátrico. Nesse capítulo, o autor afirma que, ***em somatização, as alterações não são intencionalmente produzidas ou simuladas.*** (REUS, 1998, p.2497)

No dicionário em língua inglesa para médicos encontra-se a palavra somatização referindo-se a uma desordem psiquiátrica caracterizada pela recorrência múltipla de sintomas na ausência de alterações físicas que possam explicá-los. A desordem é crônica e freqüentemente acompanhada de depressão e ansiedade. (BMD, 1990, p.401).

Na revista americana *Arthritis and Rheumatism* publicada em abril de 2001, McBeth e colaboradores, da Universidade de Manchester (Inglaterra), apresentam um trabalho com o título de: *Features of Somatization Predict the Onset of Chronic Widespread Pain: Results of a Large Population-Based Study* (Traços de Somatização Predizem o Início de Dores Crônicas Difusas: Resultados de um Extenso Estudo Populacional). Nesse artigo, os autores demonstram, através de questionários padronizados, que foram utilizados em 1658 adultos com idade entre 18 e 65 anos, que indicadores físicos e psíquicos do processo de somatização podem prever o desenvolvimento de novas dores crônicas difusas. Eles comentam que o **processo de somatização** tem sido descrito como **a expressão da angústia pessoal e social através de sintomas físicos, habitualmente acompanhados de padrões de comportamento de doença como, por exemplo, a procura de ajuda médica para esses sintomas.** (p.941).

As pessoas estudadas foram divididas em dois grupos: 825 livres de dor e 833 com dores que não preenchiam os critérios previamente estabelecidos para dores crônicas difusas. Desses grupos, 18 (2%) e 63 (8%), respectivamente, foram classificados, após acompanhamento, como tendo modificado suas dores, que passaram a ser classificadas como dores crônicas difusas. Para avaliar as características de somatização, o questionário incluía seções que analisavam sintomas físicos, atitudes e comportamentos frente às doenças e ao nível de estresses psicológicos que têm sido associados com a somatização.

Os sintomas somáticos, aceitados pela Sociedade Americana de Psiquiatria, que foram avaliados: respiração difícil, vômitos frequentes, perda da voz por mais de 30 minutos, dificuldade de memorização, dificuldade para engolir e dores nos dedos. Para mulheres acrescentava-se um outro item que era relativo à intensidade das cólicas menstruais. Sobre as escalas que analisam atitudes frente às doenças (The Illness Scale-IAS), avaliou-se a preocupação com a saúde, atenção à dor, hábitos relacionados à saúde, crenças hipocondríacas, medo de morrer, medo de adoecer, preocupação com o corpo, dentre outros. Esses autores salientam que, num estudo recente a avaliação da escala IAS pode refletir duas dimensões: “ansiedade por saúde” e comportamento doentio (illness behaviour).

Os questionários foram aplicados em pessoas da comunidade e a conclusão desse estudo populacional prospectivo pode reforçar a hipótese de que **sujeitos que estão livres das dores crônicas e difusas apresentam um maior risco futuro de vir a desenvolvê-las se eles mostrarem outros aspectos do processo de somatização**. Os dados desse estudo populacional prospectivo confirmam a hipótese de que **dores crônicas difusas podem ser uma manifestação de somatização..**

Nessa mesma revista, Winfield escreve no Editorial com o título de ***Does Pain in Fibromyalgia Reflect Somatization?*** (Será que a Dor na Fibromialgia Reflete Somatização?) Esse autor inicia dizendo que, quando um médico encontra um paciente que se apresenta com dores crônicas difusas além de muitos outros sintomas, o rótulo de “fibromialgia” é aplicado usualmente após se demonstrar a presença dos “tender points” (pontos sensíveis ou doloridos) e quando as avaliações clínicas e laboratoriais falham em revelar uma base “orgânica” para aquelas queixas. Acrescenta que, infelizmente, o estágio atual é de total frustração, porque o médico fica também impaciente com essas **dores crônicas inexplicáveis e associadas com morbidade psiquiátrica**, consulta prolongada e tratamento não efetivo. E se prolonga dizendo que o paciente fica mais doente e consulta vários outros especialistas médicos quando escuta a frase: “*Não existe nada de físico errado com você; está tudo na sua cabeça*”. O autor refere o alto custo e a decepção quanto à alta prevalência de pessoas com dores e fadiga crônicas. E conclui: “*A melhora dos cuidados do paciente com fibromialgia e desordens relacionadas irá requerer que a medicina tradicional abrace uma visão biopsicossocial para dor e fadiga crônicas ‘inexplicáveis’.*” (WINFIELD, 2001, p.751-752).

Continua sua análise dizendo que muitos elementos chaves contribuintes para explicar a dor e a fadiga da fibromialgia já são conhecidos. Eles incluem: **1) variáveis biológicas, como sexo feminino, falta de condicionamento, desordem no sono, falta regulação do mecanismo central da dor e do sistema de resposta ao estresse; 2) uma série de variáveis comportamentais e cognitivas como atribuições e crenças da dor, hipervigilância, modelos estratégicos, percepção da auto-eficácia para o controle da dor, depressão e ansiedade, desordens de traços da personalidade e comportamento frente a dor; 3) variáveis ambientais e socioculturais, especialmente abuso na infância e recorrência na idade adulta e possibilidades da dor e fadiga da fibromialgia ativar após infecção viral; (4) ou excesso de exercícios.** (p.751).

Conclui ressaltando que, infelizmente, muitos médicos facilmente valorizam somatização e fatores psicológicos na fibromialgia e descartam os elementos biológicos para dor e fadiga crônicas. **Relata que os pacientes com essa síndrome rejeitam a idéia de que fibromialgia é de origem psicológica. Eles querem que seus sintomas sejam explicados por uma perspectiva biomédica, isto é, como sendo mais “orgânica” que psicológica. Argumenta que atribuir a MCBeth e colaboradores de que seus achados signifiquem que as dores crônicas difusas da fibromialgia apenas reflitam somatização, a resposta é não. Para ele, o ponto crucial de que esse sintoma não é somente uma manifestação de somatização é de que a dor é real.** (p.751). Finaliza dizendo que a última resolução é a aceitação dos médicos e dos pacientes de que a fibromialgia é biológica e psicológica e que é imperativo que os médicos que atendem a esses pacientes exercitem o “CARE” (cuidado em inglês) C= conectar com o paciente; A= Avaliar o paciente quanto a abuso ou angústia; R= Run (correr em inglês), praticar exercícios aeróbicos; E = Enhance (aumentar em inglês) sua auto-estima. (WINFIELD, 2001, p.752).

CAPÍTULO 5

CONSTRUÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS

Alguns autores, médicos (Fleck e Aronowitz,) e não médicos (Bowker e Star), preocupam-se em demonstrar a **complexidade e as influências históricas, políticas, sociais e econômicas que se enfrenta para definir concepções como doença/doente e suas abrangências diagnósticas. São assuntos que parecem ser pouco discutidos durante a formação do médico e durante seu percurso prático.** Em geral, os médicos recebem prontas as nomenclaturas das doenças que eles diagnosticam, não participam de sua elaboração e das implicações periciais, econômicas e individuais que a construção, classificação e nomenclatura das doenças podem ter. O modelo cartesiano que reduziu, dividiu e selecionou priorizando o científico e o objetivo pode ter facilitado o sistema de classificação das doenças. Porém, esses autores referem à omissão de fatores individuais, psicoemocionais e sociais que merecem ser discutidos quando se realiza esse trabalho administrativo. São muitas as áreas que lidam com esses assuntos como: a área de saúde, psicologia, sociologia, jurídica, econômica e política.

Bowker e Star (2000, p.1-5) argumentam que **filósofos e estatísticos têm produzido discussões formais sobre a teoria da classificação, mas que poucos estudos empíricos**

causaram impactos. Consideram que **classificar é humano e que nossas vidas vivem rodeadas por sistemas de classificação e padronizações, que são ordinariamente invisíveis.** Segundo eles, questões como: o que são essas categorias; quem as faz e quem as modifica, quando e porque elas se tornam visíveis, embora representem um papel central para nossas vidas, permanecem ignoradas quanto às suas repercussões sociais e morais. Citam, como exemplo, as discussões e implicações éticas, morais, judiciais e médicas que se seguiram às classificações sobre homossexualidade.

Esses autores relatam que os sistemas de classificação são uma forma de representação comum que objetiva regularizar as trocas de informações de um contexto para outro, provendo os meios de acesso à informação ao longo do tempo e do espaço. Referem a Classificação Internacional das Doenças (CID) ou ICD (International Classification of Diseases), em inglês, como exemplo de um modo de transferir informações ao longo do globo terrestre, durante décadas, e ao longo de conflituosas crenças e práticas médicas. (BOWKER e STAR, 2000, p.290).

No que tange às dificuldades em definir as doenças e as implicações sociohistóricas nas suas construções e repercussões, Fleck as referiu, em sua monografia escrita em 1935, quando documentou utilizando o estudo da construção da doença denominada como sífilis. No primeiro capítulo, que recebeu o título de *Como surgiu o atual conceito de sífilis*, ele comentou sobre os caminhos que foram construídos para atingir o conceito de sífilis como uma entidade nosológica definida, quando foi descoberta a reação de Wassermann, que identificava a *Spirochaeta pallida*. Acrescenta que essa técnica não só permitiu sua identificação diagnóstica como também desenvolveu uma disciplina como ciência independente: a sorologia. (Fleck, 1986:61) **Mesmo naquela época, Fleck tinha a consciência de que, apesar de ter-se obtido uma especificidade com a reação de Wassermann, a configuração da doença sífilis era extremamente pleomórfica, estava inacabada e poderia sofrer outras modificações ao longo do tempo. Referiu-se às conotações da patologia, microbiologia e epidemiologia e que, ao longo do tempo, o conceito se transformou do místico para o etiológico, passando pelo empírico e patológico. A transformação do conceito gerou novos problemas e novos campos do saber. O único seguro é que nada está definitivamente acabado.** (Fleck, 1986). Hoje, por

exemplo, já não se utiliza essa reação, pois já existem métodos laboratoriais mais específicos, como o teste FTA-Abs, que identifica o espiroqueta, o *Treponema Pallidum*, germe que desencadeia o processo da sífilis.

Inicia o estudo da sífilis desde o século XV, tramitando por linhas indiferenciadas e confusas que reuniam muitas doenças crônicas que acometiam a pele e órgãos genitais. A falta de um dado que conferisse alguma especificidade para a identificação dessas doenças, seja através de um sinal físico ou um exame, impedia a definição diagnóstica e permitia que diferentes doenças estivessem enquadradas num mesmo grupo. **Em seguida, ressalta linhas de pesquisa relacionadas à astrologia (ciência dominante) e ao domínio religioso, místico, com repercussões éticas, que gerou estigmas que perduraram muitos anos. Esses pensamentos, que levaram à construção e fixação de idéias, não pertenciam às chamadas observações empíricas, mas a fatores especiais psicológicos e de significativa tradição.** Somente através da **interação, cooperação e oposição entre essas idéias** é que a definição de sífilis, como uma entidade doença, conseguiu atingir um determinado nível de especificidade. Fleck descreve **os muitos percalços com interações e intersecções**, até alcançar esse estágio, além da dificuldade ou impossibilidade de conseguir identificar uma história acurada sobre uma disciplina científica.

A identificação de *Spirochaeta pallida* como agente causal e a bacteriologia como ciência independente fez desenvolver divergências nos conceitos de doenças e de suas relações com os agentes microbianos, que podiam ser patogênicos ou conviverem harmonicamente com seus indivíduos portadores. Sobre esse assunto, Fleck afirma:

“Portanto, a presença de um microorganismo não é idêntica ao estar enfermo....Pode afirmar-se hoje bastante impunemente que o “agente causal” é meramente um sintoma- e, desde logo , não é o mais importante- entre os muitos que causam uma enfermidade. Sua presença por si só não é suficiente, já que, por causa da ubiquidade de muitos micróbios, pode haver sua presença, sem que tenha lugar no hóspede a enfermidade”. (FLECK, 1986, p.65).

A presença de um germe, como o único responsável pelo desenvolvimento da doença (relação unicusal), foi discutida anteriormente (cap.3.3) como uma simplificação que não reproduz a realidade. São muitos os exemplos da condicionalidade multifatorial, em especial a individualidade do organismo, sua genética, influências ambientais, socioeconômicas que determinam a expressão daquela patologia naquele ser. Vale lembrar, como exemplos, doenças como febre reumática, tuberculose, AIDS, doença de Lyme, que demonstram a atuação de um complexo multicausal contribuindo para o entendimento de suas construções. O germe que chega a esses organismos espera encontrar as condições favoráveis a seu desenvolvimento.

Fleck lembra também que a história nos ensina que se pode introduzir não só classificações totalmente distintas das enfermidades, como também prescindir do conceito de entidade nosológica e falar somente de sintomas e estados distintos de enfermos que serão tratados de forma diferente.

Em analogia a Fleck, tentei descrever sobre os critérios que estão sendo utilizados para construir os diferentes conceitos que determinaram as diferentes síndromes ou doenças, para explicar a tríade dos sintomas de depressão, insônia e dor que muitas pessoas apresentam. Destaquei as alterações de alguns critérios, como nas dores crônicas, em diferentes períodos históricos, e que essas mudanças podem ou não acarretar diferenças na denominação dessas entidades nosológicas. **Um enfoque desse meu trabalho tratou de uma análise descritiva que apresentou como foram construídas, as diferentes síndromes, com sintomas semelhantes, por diferentes especialistas médicos, que frequentaram diferentes cursos de especialização.**

Com destaque semelhante, Aronowitz (1998), em seu livro, com o título de *Making Sense of Illness - Science, Society and Disease*, menciona uma série de problemas ainda pouco explorados, que podem implicar diferentes consequências. **Esse autor escreve um ensaio histórico sobre o modo como as doenças podem mudar seus significados, na dependência de conhecimentos científicos associados às suas diferentes conotações.** Ele expõe, para algumas das doenças selecionadas, que as hipóteses sobre suas causas apresentaram uma história controversa no século XX. Cita exemplos como a Síndrome da Fadiga Crônica, as visões psicossomáticas da colite ulcerativa, doença de Lyme e fatores de risco da doença

coronariana. Alguns títulos de seus capítulos já denotam essa instabilidade como: *Da Encefalite Miálgica para a Gripe Yuppie; Uma História das Síndromes da Fadiga Crônica; A Ascensão e a Queda das Hipóteses Psicossomáticas na Colite Ulcerativa; Doença de Lyme: Uma Construção Social de uma Nova Doença e suas Conseqüências Sociais; Uma Construção dos Fatores de Risco da Doença Coronariana*. **Num dos capítulos, relata a respeito das conseqüências sociais da doença de Lyme, referindo-se como a um pesadelo e às diferentes percepções quanto à severidade entre os Estados Unidos e a Europa e que estas diferenças podem estar relacionadas à construção social dessa nova doença.** (ARONOWITZ, 1998, p.57-83).

Na introdução de seu livro, Aronowitz propõe-se a tratar sobre o processo através do qual nós reconhecemos, denominamos, classificamos e achamos os significados da doença. Focaliza o modo como os investigadores americanos, os clínicos e os pacientes do século XX, reconhecem uma nova doença ou sua etiologia, designam um nome e a classificam numa determinada classe de doenças ou de causas, conferindo-lhe um significado individual e/ou social. **Esse autor assume que um novo consenso sobre doença costuma ser alcançado como resultado da negociação entre diferentes partes, que podem gerar marcas e conseqüências.** Salienta que revelações clínicas e laboratoriais geram opções para categorizar uma nova doença ou um diferente significado para um nome já existente, mas que não determinam que se trate do resultado de um processo de negociação em sua amplitude social. Cita que problemas podem surgir na diferenciação usada por Kleinman entre “**disease**” (doença,) como se referindo aos aspectos biológicos da enfermidade (o que o médico constrói), e “**illness**” (indisposição), como se referindo à experiência subjetiva (o relato do paciente). (KLEINMAN apud ARONOWITZ, 1998, p.191). O mesmo autor continua comentando que essas decisões em reconhecer, denominar e classificar doenças são aspectos centrais da vida humana do final do século XX, seja para o paciente que recebe um diagnóstico para explicar seus sintomas dolorosos e atroz, ou para os pesquisadores que conduzem uma avaliação clínica; seja para um trabalhador que refere estar incapacitado, ou para um grupo de advogados que pressiona o governo para investigar um surto aparente de uma doença não definida. Refere que o caminho para entender esse processo é histórico e contextual. **Afirma que a cultura contemporânea e o panorama médico estão preenchidos**

por entidades nosológicas controversas, debates políticos públicos que discutem definições de doenças e incapacidades e pelo reinante modelo biomédico das doenças.

Em semelhança ao que foi escrito por Fleck, Aronowitz diz que, enquanto todos esses pontos estressantes se articulam nas definições, classificações e significados do binômio saúde/doença, **o contexto sociohistórico dessas controvérsias contemporâneas é freqüentemente ignorado.** Segundo ele, precisa-se definir melhor sobre legitimar determinada doença, se o governo deve ou não conferir benefícios a uma determinada doença e entender por que certas categorias de doença recebem um status especial. Escreve que não tem sentido criticar o sistema de saúde como desumano e reducionista, sem entender os valores históricos condicionantes e os interesses que emolduraram os blocos que constroem o sistema que cuida da saúde. Nesse seu livro, Aronowitz discute também problemas de **idiossincrasia individual de predisposição e de responsabilidade do paciente sobre sua doença.** De acordo com ele respostas para **por que eu?** e **por que agora?**, especialmente para doenças crônicas, têm variado conforme as características do processo biológico envolvido, do espectro da doença naquela era e das pessoas que respondem a essas questões. Ressalta sobre as negociações entre pacientes e médicos frente a assuntos como especificidade da doença e doença individual.

Aronowitz lembra sobre a ascendência da teoria do germe no final do século XIX, seguindo-se dos conhecimentos contemporâneos de biologia molecular que determinam a **relação unicausal entre um gene, uma proteína, uma doença, e relega para um segundo plano os fatores individuais como o papel das emoções, dos estilos de vida e das classes sociais para a etiologia, apresentação, evolução e distribuição das doenças.** Refere-se, com freqüência, à dicotomia entre a noção típica-ideal ontológica e holística que gera as tensões na nomenclatura e categorização das doenças, embora saliente que não quer se restringir a apenas esses aspectos em sua análise histórica, porque esta visão dualística pode ajudar a sustentar **uma fronteira artificial entre a ciência e a arte na Medicina e dificultar o enfoque biopsicossocial e humanístico nas reformas da educação e prática médicas. Para ele não existe evidência de fronteiras entre o específico, o objetivo e o patológico, de um lado, e o holístico, subjetivo e experimental, do outro.** A distinção, necessariamente, é uma

simplificação de uma realidade mais complexa em que ambos os modos de pensar e perceber a doença estão presentes. (ARONOWITZ, 1998, p.7-15).

O mesmo autor comenta, também, sobre as **dificuldades diagnósticas mesmo em casos de doenças conhecidas como causadas por um germe, como é o caso da doença de Lyme, que já se conhece, sendo desencadeada pela *Borrelia burgdorferi***. Diz respeito ao excesso de diagnóstico da doença de Lyme em sua fase crônica e sua confusão com outros casos como fibromiosite, polimialgia reumática e reumatismo psiquiátrico. E acrescenta que, embora não haja dúvidas de que a doença de Lyme seja causada por um germe, em sua forma crônica, sua sintomatologia não específica e a falta de testes diagnósticos objetivos levam à confusão diagnóstica com síndrome da fadiga crônica diagnosticada por infectologistas, e com fibromialgia, diagnosticada pelos reumatologistas, permitindo que pacientes e médicos façam especulações psicossomáticas. Cita um artigo no *New York Times* sobre uma paciente com 39 anos que se sentia com 82 anos e que, nos últimos dois anos, já havia se consultado com 42 médicos, gastou 30.000 dólares e sentia uma profunda fadiga e depressão. (p.77). **Esse autor enfatiza que, quando bases somáticas de determinados problemas de saúde são questionadas se psicossomáticas os médicos são cépticos quanto à sua legitimidade e os pacientes se sentem estigmatizados. Frequentemente ambos, os pacientes e os médicos, sentem que algum problema biomédico está escondido ou que se pode estar omitindo assuntos importantes, mas de difícil manejo, que são os assuntos psicossociais.** Afirma que não se consegue determinar se os sintomas psíquicos constituem-se em causas ou efeitos.

Aronowitz faz referência a Ludwik Fleck, quando comenta o enfoque epidemiológico convencional, que inclui pouco discernimento sobre as razões pelas quais uma nova doença passa a ser reconhecida, recebe um novo nome ou é introduzida numa categoria diferente. Destaca que ciclos de entusiasmo e desânimo para os novos diagnósticos frequentemente determinam sua aparição e desaparecimento da cena médica. Descreve o entusiasmo entre os investigadores para um diagnóstico funcional moderno frente à aplicação de uma tecnologia, seguindo-se pelos clínicos e pacientes. **Comenta a respeito da propagação das doenças entre os *Coletivos de Pensamento* de médicos e pacientes.** Mas, do mesmo modo que Fleck, lembra que, com o tempo, as investigações podem tornar os investigadores mais cépticos, podem surgir conflitos frente à procura dos clínicos pelo diagnóstico, ao marketing agressivo

dos laboratórios e aos pacientes questionando a legitimidade do diagnóstico. **Esse autor tem enfatizado que sempre existirão ganhadores e perdedores quando a escolha é realizada entre múltiplas estruturas biológicas plausíveis para entender e definir as doenças.** Ressalta **critérios de definição restritivos que podem excluir indivíduos que, na realidade, possam apresentar o diagnóstico em debate, gerando implicações epidemiológicas, políticas, de prognóstico e de cuidado do paciente.** Refere-se a controvérsias políticas contemporâneas quanto ao uso de rotinas (guidelines) práticas como um caminho para melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados clínicos. Alguns assumem esta atitude, utilizada na produção industrial, como um reflexo de uma pobre qualidade do cuidado da saúde. Afirma que os casos estudados sugerem que, o entendimento e o manejo da idiosincrasia individual podem ser considerados assunto mais central do que periférico, quando se reconhece a multiplicidade de fatores: pessoais, sociais e biológicos que interferem no cuidado médico. Exemplifica que clínicos e pacientes devem pesar cuidadosamente **o que se ganha e se perde ao se diagnosticar a síndrome da fadiga crônica.** Ao receber esse diagnóstico, os pacientes podem achar mais fácil para explicar seu sofrimento a amigos e à família; podem sentir alívio quanto ao prognóstico e ficar satisfeitos por esses problemas não estarem apenas na cabeça. Por outro lado, pacientes podem ser vítimas de médicos inescrupulosos, que usam terapias não provadas; podem sofrer com os estigmas; podem ter dificuldades para reembolsos e para manejar as dificuldades emocionais e psicológicas. **Aronowitz (1998) propõe que se decida empregar esse diagnóstico com flexibilidade e como provisório. E que se enfrente esses problemas não resolvidos e essas tensões muitas vezes escondidas para configurar, nossa experiência com saúde e doença, como um significativo e importante caminho a percorrer.** (ARONOWITZ, 1998, p.166-189).

Em analogia a essa afirmativa, enfrenta-se, na prática médica atual, situação semelhante quanto ao diagnóstico diferencial entre a síndrome da dor miofascial regional (SDMR), síndrome do esforço repetitivo (SER), LER-DORT em português, e fibromialgia (FM). Um mesmo paciente pode receber o diagnóstico de SDMR, quando se queixar de um problema localizado, pode receber um diagnóstico de SER, se esse local tiver relação com atividade ocupacional, e ainda de FM, se, ao exame dos *tender points*, apresentar positividade. São diagnósticos que dependem da familiaridade do especialista, mas que podem ter

implicações quanto aos benefícios judiciais, as previsões de prognóstico, a orientação e a satisfação do paciente.

5.1 - OBJETO FRONTEIRA E COLETIVOS DE PENSAMENTO

As **concepções atuais** caminham para o reconhecimento de que **o ato de compartimentar fragmentos do conhecimento, que valoriza um estudo separado em disciplinas, não dá conta das propostas de se poder conhecer o mundo em seu todo. O pensamento contemporâneo aponta para estabelecer os elos que foram perdidos durante a atuação de um pensamento disjuntivo e redutor.** Restaram fragmentos dissociados, disciplinas compartimentadas e **homens com dificuldades em comunicar-se.**

Para atender à **proposta atual que pretende restabelecer as relações, as ações e retroações entre todos os fragmentos,** surgem idéias, como na área da saúde, **para a avaliação do homem como um ser que interage simultaneamente com componentes biológicos, psíquicos e sociais na formação de um todo inseparável.** Porém, surgem perguntas norteadoras quanto ao fato de como enfrentar a complexidade desse estudo frente ao grande número de variáveis e para aplicar um modelo novo em pessoas que não desenvolveram aptidões para atendê-lo.

Nos capítulos anteriores, foi apresentada a fundamentação teórica, na qual expus as propostas de mudanças do **pensamento científico,** que foi exercitado de modo **desarticulado e redutor,** gerando, como consequência, **conhecimentos fragmentados, dissociados e pouco contextualizados.** Apesar de terem surgido **novas concepções emergentes em Epistemologia, Educação e Saúde** que poderão acarretar **grandes transformações,** elas ainda são incipientes para mostrar resultados. A **prática atual** se mostra como reflexo do **modelo cartesiano, que dominou o século XX, e que, ao tentar simplificar o conhecimento através de um estudo dividido em pedaços isolados, permitiu que seus atores pudessem se isolar.**

Corroboro a opinião de Fleck de que, **a cada *Estilo de Pensamento*, lhe corresponde um efeito prático que, guarda uma harmonia, em sua aplicação, com o ver formativo que foi construído.** Desse modo, posso considerar que **os diferentes médicos especialistas, que receberam diferentes tipos de formação, podem ter desenvolvido diferentes *Estilos de Pensamento* e parecem compor diferentes *Coletivos de Pensamento*.** A afirmativa do filósofo Zygmunt Kramsztyk (1906) mostra **conotações antigas que retornam para reforçar premissas que sobrevivem ao longo do tempo.** Esse autor, ao referir-se aos profissionais médicos, conferiu relevo ao contexto de sua formação para a efetivação do ver formativo que se constrói, quando enfatizou:

A atenção médica é usualmente dirigida somente para fenômenos que ela foi treinada para ver.

Problemas podem ser considerados de vários pontos de vista. E de fato, pessoas de diferentes categorias profissionais olhando o mesmo objeto podem ver seus diferentes aspectos. (KRAMSZTYK, 1885 apud LÖWY 1990 apud CUTOLO, 2001, p.32).

Essas premissas, quando inseridas nesse novo contexto, **geram dúvidas quanto à extensão dos diagnósticos que podem ser feitos pelos especialistas que aplicam condutas fragmentadas e quase restritas ao biomédico. Reforçam a hipótese de que as construções das doenças podem ter relação com o modelo de aprendizado teórico e com as avaliações obtidas durante as consultas médicas.**

Para investigar essa conotação, estudei o modelo de educação médica relativo aos profissionais que exercem a prática atual. Como foi apresentado, embora os médicos especialistas tenham freqüentado o mesmo curso de graduação, seus **cursos de pós-graduação e especialização foram delineados para aprimorar os conhecimentos restritos às suas especialidades.** Essa atitude em **fragmentar o ensino e torná-lo compartimentado em especialidades,** que se fez proeminente durante os cursos de pós-graduação (especialização), pode explicar por que os médicos especialistas apresentam currículos bastante diferenciados. **Desse modo, eles podem exibir diferentes veres formativos e diferentes condutas.** Posso também inferir que os profissionais médicos se agrupam por

suas especialidades e atuam na prática avaliando seus pacientes sob o prisma do que lhes foi ensinado.

Enfocando-se nessa perspectiva, surgiu a questão dos médicos especialistas poderem expressar diferentes *Estilos de Pensamento*. Segundo o que foi referido, *Estilo de Pensamento* diz respeito a uma categoria epistemológica composta por duas partes indissociáveis que se complementam: *a disposição para um perceber coletivo e sua ação correspondentemente dirigida; ambas regidas pelo Coletivo de Pensamento*. (FLECK, 1935). Conforme já salientado, essa categoria está sujeita a interpretações e modificações sob sua contextualização sociohistórica. Ela vai **muito mais além de um simples pensamento**, pois abrange o **perceber com sua respectiva ação** e inclui, como já referido, uma série de fundamentos com suas influências, como, por exemplo: **condicionalidade histórico cultural...fundamentação psicossociológica...idéias provenientes de diferentes extratos sociais e diferentes épocas... pode resultar da construção de saberes ..em diversas áreas...possui uma linguagem específica...acompanha-se de um estilo técnico e literário do sistema de saber.. tem um direcionamento das observações...a utilização de métodos e aparelhos realizam, a posteriori , a maior parte do pensar**. Analisando-se os critérios que compõem a categoria *Estilo de Pensamento* e o modelo de formação dos médicos especialistas, **posso considerar, os diferentes médicos especialistas, podendo expressar, diferentes Estilos de Pensamento e compondo, diferentes Coletivos de Pensamento**.

Por outro lado, essas consultas especializadas e compartimentadas, não são inseridas num contexto que explique o todo do paciente. As consultas especializadas pesquisam nas histórias clínicas e avaliam no exame físico, quase tão somente, os aspectos biomédicos que motivaram a consulta e que são contemplados com objetividade. Posso esperar que, de uma prática fragmentada na qual não são colhidas simultaneamente as características biológicas, psíquicas e sociais que envolvam o problema do paciente, os diagnósticos serão restritos àquelas partes que foram pesquisadas. **Nos casos em que não existam sinais ou exames que permitam atingir especificidade diagnóstica poderão ser formulados diagnósticos de síndromes que justifiquem apenas uma interface do problema do paciente**.

Pelo que foi exposto, **infiro que existem problemas para que os médicos especialistas atuantes no momento possam atender à proposta de avaliação global de um paciente ou que pelo menos estabeleçam uma linguagem uniforme com os colegas de outras especialidades para compor um todo.** Acrescento, que os especialistas que se formaram sob o modelo de Flexner, hegemônico ao biomédico, enfrentam dificuldades em desenvolver suas aptidões para pesquisar simultaneamente os fatores psicológicos e sociais que possam interferir na expressão das doenças. Embora o psiquiatra denote atenção a esses últimos fatores, seus cursos de pós-graduação e suas práticas, que em geral, acontecem em hospitais psiquiátricos, não lhes permitem, por sua vez, desenvolver aptidões em assuntos biomédicos da clínica geral. **Desse modo, os médicos que atenderam ao modelo que privilegia as formações especializadas não se habituaram a contextualizar e a praticar uma visão integral de seus pacientes.**

Sob essa perspectiva, **foi construído um modelo** que reproduz um grupo de sintomas freqüentes em muitos pacientes que buscam ajuda médica. **Foi selecionada a tríade dos sintomas: depressão, insônia e dor crônica. Esses sintomas podem receber diferentes interpretações entre os especialistas, em geral, não costumam ser pesquisados concomitantemente e denotam dificuldades para que se possa estabelecer um limite entre o que é normal ou patológico.**

Como já referido, o sintoma que o paciente expressa e recebe a conotação de depressão pode variar de uma tristeza mais demorada que altere os hábitos diários até poder preencher os critérios de entidades mais definidas como a depressão maior e se relaciona com o psíquico do paciente. O sintoma de insônia, ou a dificuldade para obter um sono restaurador, por sua vez, pode ser interpretado como um distúrbio decorrente de hábitos sociais ou como relacionado a distúrbios emocionais ou biomédicos. A dor, que expressa o resultado de uma sensação e uma emoção, pode ser expressa e interpretada por diferentes significados, desde um distúrbio de percepção até como explicação de doenças inflamatórias localizadas ou sistêmicas. Pode também ser expressa e confundida com a sensação de fadiga. São sintomas que, refletem o subjetivo de quem os expressa e o de quem os interpreta (o invisível), mas existem e são freqüentes. Para, melhor entendê-los, precisa-se, que se desenvolvam práticas, que permitam conectá-los entre si e com o todo do indivíduo.

Incluindo também nesse modelo, em consonância com os achados da prática médica, os pacientes portadores dessa tríade de sintomas são, em geral, ansiosos, estressados e angustiados, seja pelo desconforto dos sintomas, seja pelos **fatos traumáticos** que **aconteceram** em suas **histórias de vida. Esses fatos só poderão ser conhecidos se forem valorizados para serem colhidos durante a anamnese.** Contudo, em geral, não são colhidos pelos médicos que atendem os pacientes com dor, mas pelos psiquiatras; estes, por sua vez, não se exercitam, para saber estabelecer o diagnóstico diferencial das dores físicas, com suas repercussões sistêmicas.

Como foi mencionado, existem diferentes síndromes que têm sido construídas por diferentes especialistas, baseadas em sintomas, como a tríade apresentada, e que parecem exibir vários fatores em comum. Foram expostos os aspectos mais importantes de algumas delas como: a síndrome da fibromialgia (FM), descrita pelos reumatologistas; a síndrome da dor miofascial regional (SDMR), mais freqüentemente diagnosticada pelo ortopedista; a síndrome do esforço repetitivo (SER) que é estudada pelos médicos do trabalho, a síndrome da fadiga crônica (SFC), descrita pelos infectologistas; as síndromes depressivas (SD), descritas pelos psiquiatras. Foram citadas ainda as síndromes do intestino (cólon) irritável (SCI), de interesse dos gastroenterologistas e as cefaléias de tensão (CF) de interesse dos neurologistas. O nome e a especialidade do médico que as descrevem, já denota o direcionamento dos critérios principais que são selecionados para compor esses diagnósticos como: dor crônica e difusa – FM; dor localizada - DMR; dor após uso repetitivo no local de trabalho – SER; fadiga pós infecção - SFC; depressão – SD; diarreia/obstipação – SCI; dores de cabeça – CT.

Fica claro, portanto, que se trata de construções fragmentadas, restritas às especialidades, que precisarão ser estudadas em conjunto, em prol de um resultado que possa ser congruente com o todo que é expresso pelo paciente. Corroboro a idéia de que os assuntos que permeiam o problema desses pacientes são comuns aos diferentes especialistas. Esses dados que foram apresentados também permitiram-me inferir, que existem dificuldades entre diferentes especialistas médicos para avaliar, diagnosticar e definir doenças quando atendem pacientes com queixas dos sintomas como depressão, insônia e dor.

Por outro lado existe um reconhecimento público de que essas síndromes exibem fatores em comum como a alta prevalência no sexo feminino e quanto à apresentação de componentes semelhantes às doenças psicossomáticas.

Dessa forma pode delinear que a construção fragmentada das síndromes descritas pode ter relação com a fragmentação da Educação Médica e a formação de médicos especialistas com diferentes *Estilos de Pensamento*. Estes *Estilos de Pensamento* não desenvolveram teorias e práticas que possibilitassem articular entre si os parâmetros biomédicos com os psicossociais. Partindo-se do pressuposto de que essas semelhanças podem expressar um mesmo princípio básico para explicar a patogênese dessas diferentes síndromes, sugere-se que elas precisam ser estudadas pelo conjunto representativo desses diferentes médicos especialistas.

Em capítulo anterior, foi apresentada a categoria *Objeto Fronteira (Boundary Object)* para a consecução de trabalhos referentes a assuntos que integrem diferentes coletivos (*coletivos de pensamento, mundos sociais ou comunidades em prática*). Esse pode ser um dos caminhos no qual a tensão, entre os divergentes pontos de vista, pode ser trabalhada. Essa categoria, como já referido, foi descrita por Leigh Star (1989), *sociointeracionista*, com o objetivo de desenvolver modelos para **trabalhos interdisciplinares**, que envolvam a reunião de diferentes pessoas com divergentes perspectivas (comunidades heterogêneas). Propõe o estudo para **a interação de objetos que habitem ao mesmo tempo várias comunidades em prática e que satisfaçam as informações requeridas por cada uma**. Foi referido que sua aplicação e sua adaptação aos diferentes propósitos necessitam que seja um instrumento que tenha **plasticidade**, pois **requer acomodações e alto nível de integração** que permitam interação entre os diferentes grupos. Seu objetivo principal é que se construam conhecimentos, **sem que haja perda de suas diferentes identidades**. Esses objetos, algumas vezes invisíveis, podem ser abstratos e concretos, terem diferentes significados para os diferentes mundos sociais, mas suas estruturas devem ser comuns para que possam ser reconhecidas como um meio de tradução. Para Bowker e Star (2000), a criação e o manejo da categoria de *Objeto Fronteira* representam um processo chave para o desenvolvimento e a manutenção de coerência entre as comunidades intersectadas.

Griesemer e Star (1989) referem-se a esse processo, como **a construção de teorias e organizações que, além de manterem o convencional, tornem os empreendimentos cientificamente interessantes, para que outros mundos sociais, com seus velhos modos de pensar, possam debater com as outras partes da ciência.**

Sugere-se, então, como apropriada, **a indicação da utilização do *Objeto Fronteira* como instrumento de interação para os especialistas médicos que participam da construção das síndromes que envolvem pacientes com os sintomas depressão, insônia e dor.** Esse pode ser um objeto importante para intermediar os estudos e as negociações entre esses diferentes especialistas, para que, em seguida, resultados com conotações mais amplas e contextualizadas possam ser transmitidos à sociedade.

A utilização do *Objeto Fronteira* poderá permitir futuros estudos para analisar o que Aronowitz (1998) enfatizou como a complexidade que se enfrenta quanto à construção, padronização e classificação das doenças. São assuntos que foram tratados de forma semelhante por Fleck (1935) ao defender a interferência do social na construção das doenças, além de diferentes fatores causais que participam de suas construções (multicausalidade). Ambos chamaram atenção para os entusiasmos temporários com relação às recentes descobertas unicasais, inicialmente aceitas como definitivas, para depois se constatar, de que se tratam, de visões parciais, relacionadas aos diferentes *Estilos de Pensamento* (Fleck) dos especialistas, regidos pelas influências sociohistóricas de seus momentos. Pretendi tornar evidente que existe uma multiplicidade de atores que participam de um trabalho científico para a construção e utilização da nomenclatura das doenças, que são os pesquisadores, os clínicos, os pacientes, os advogados, os jornalistas e o público. Eles estão envolvidos em debater a significância das síndromes descritas e justificam a necessidade de esses assuntos serem trabalhados de uma forma mais abrangente e com melhor interação. Para Morin, essa atitude depende de uma reforma no pensamento, que possa desfazer a forma de pensar, redutora e disjuntiva que gerou conhecimentos especializados e compartimentados.

Esta **proposta de estudo e de trabalho com a utilização do *Objeto Fronteira* como instrumento**, pode facilitar a comunicação daqueles que tenham necessidade e/ou interesse de participação, indiferentemente de poderem pertencer a diferentes coletivos. A importância desse instrumento pode se tornar mais clara quanto às **chances em poder se aliarem os**

diferentes mundos sociais ou comunidades de prática para facilitar as interações, cooperações e traduções entre eles, para que venham permitir, que se obtenha, resultados mais sólidos, através dessa ação coletiva.

Desse modo, do trabalho de cooperação conjunta pode surgir uma estrutura especial, maior que um trabalho aditivo ou que uma mera soma dos trabalhos individuais, mas uma nova construção resultante da interação dos diferentes especialistas.

Um editorial recente, de **maio de 2002**, da revista americana, *Arthritis and Rheumatism*, jornal oficial da sociedade que estabeleceu os critérios para diagnóstico de Fibromialgia, a American College of Rheumatology (ACR), expressa algumas das conotações em fibromialgia que reforçam as propostas desse trabalho. Apresento-as, a seguir, destacando aquelas que considero, mais relevantes. Inicialmente, comento que o título desse editorial parece denotar a incerteza quanto à precisão desses critérios estabelecidos pela ACR, quando expressa: **Fibromyalgia: Where Are We a Decade After the American College of Rheumatology Classification Criteria Were Developed? (Fibromialgia (FM): onde estamos nós uma década após os critérios de classificação, da ACR, terem sido desenvolvidos?).** (CROFFORD e CLAUW, 2002, p.1136-1138).

Crofford e Clauw, ao escreverem esse editorial, atribuem aos **pacientes que preenchem os critérios do ACR para fibromialgia, como situados no espectro final da dor e da sensibilidade**. Como resultado, muitos estudos com esses pacientes demonstram alteração central para processar a dor. Citam trabalhos científicos de Petzke, Staud, Lorenz, Mountz, Cianfrini e Paiva exibindo pacientes com fibromialgia apresentando hiperalgesia, corroborando a veracidade de seus sintomas de dor com os achados biológicos, seja através de estímulos térmicos e mecânicos ou através de medida de fluxo sanguíneo talâmico ou da medida da concentração da substância P no líquido cefalorraquidiano. Resumem que esses dados, quando tomados juntos, que refletem a representação de mecanismos centrais da dor estão em consonância com os relatos dos pacientes e que fatores puramente comportamentais ou psicológicos não são primariamente responsáveis pela dor ou pela sensibilidade encontrada na FM.

Os mesmos autores comentam que **os critérios de classificação da sociedade ACR focalizam apenas na dor e dão pouca atenção a outros sintomas importantes de FM, como fadiga, distúrbios cognitivos, distúrbios do sono e angústia psicológica**. Mencionam que, quando se estabelece uma visão mais geral que inclui esses sintomas e as síndromes comumente associadas (citam, como exemplo: síndrome da fadiga crônica, síndrome do intestino irritado e depressão), **os critérios da ACR falham em captar a essência da síndrome de FM**. Esses autores comentam também que as alterações neurobiológicas são compartilhadas com alterações de outras síndromes somáticas pouco entendidas e com desordens psiquiátricas que ocorrem freqüentemente com FM.

Acrescentam que, além dos mecanismos neurobiológicos, **fatores comportamentais também influenciam na expressão dos sintomas em muitos pacientes com FM**. Eles chegam a se tornarem **incapacitados e recorrem à perícia, o que quase lhes assegura um rótulo de que não vão melhorar**. Acrescentam que o **complexo em que interagem fatores biológicos com os comportamentais não é único de FM**, mas que exerce um **papel proeminente na expressão dos sintomas de muitas das doenças reumáticas**. Citam que, em condições clínicas como artrite reumatóide e osteoartrose, fatores não biológicos **como nível de educação, modelos estratégicos e variáveis socioeconômicas interferem mais no relato e na representação da dor e da incapacidade do que os fatores biológicos**.

Crofford e Clauw salientam que **muitos reumatologistas expressam enorme frustração com a construção da FM e que pacientes e médicos se apresentam angustiados.** Atribuem essas interações insatisfatórias ao sistema de saúde, ao fato de os mecanismos para os sintomas de FM serem pouco entendidos e que também esses sintomas estão **fora do domínio dos mecanismos tradicionalmente estudados pelos reumatologistas,** que são: imunologia, inflamação e biologia do tecido conjuntivo. Atribuem, outras dificuldades, à resposta farmacológica não efetiva e às **desavenças litigiosas com as perícias.** Esses autores se referem também a estudos populacionais demonstrando um grande número de **indivíduos com dores crônicas ou síndromes com fadiga e que os resultados desses estudos dependem do rótulo utilizado.**

Concluem que, apesar de **os reumatologistas terem se estabelecido como os líderes nas pesquisas e no tratamento em FM,** considerando-se que o número desses especialistas é insuficiente para atender ao crescente número de pacientes, sugerem que essa posição pode ser usada para **educar pacientes e médicos da atenção primária quanto ao melhor tratamento para a fibromialgia.** Ressaltam que, mesmo que o reumatologista possa ser requerido para fazer o diagnóstico inicial, o tratamento também será efetivo quando realizado por **outros médicos.** Saliento esta última afirmativa proposta por Crofford e Clauw, que propõem **compartilhar o conhecimento dessa síndrome com outros médicos não especialistas,** como uma abertura para discussão mais ampla desse tema.

Transpondo os dados expostos antes, essa interação entre diferentes médicos especialistas pode facilitar uma linguagem de comunicação mais harmônica e permitir a divulgação de informações mais sólidas e íntegras para os outros grupos de atores também envolvidos com os mesmos assuntos. Essa proposta se torna mais proeminente ao se lembrar, que Morin, considerou **grave a atuação dos especialistas que passaram a menosprezar as idéias gerais, concernentes à natureza do homem, da vida e da sociedade, por considerá-las ocas, com o argumento de não terem sido provadas.** Para ele, os especialistas são excelentes para resolverem os problemas de suas especialidades, desde que não surjam interferências de fatores pertencentes a especialidades vizinhas e desde que não se apresentem novidades com formulações diferentes dos problemas anteriores. (MORIN, 1996, p.275).

Frente a este tipo de comportamento, posso entender as dificuldades de comunicação daqueles que tiveram suas formações restritas às suas especialidades em seus cursos de pós-graduação, que se preocupam ou só conseguem enxergar um dos fragmentos biomédicos que compõe apenas parte do indivíduo. Fica difícil desenvolver um *ver formativo*, que estabeleça uma inter-relação entre o social, o psicoemocional e o biomédico, para o especialista que não recebeu esse tipo de formação prévia e que **não consegue enxergar que haja conexão entre o "visível" (o biológico) e o "invisível" (o psicológico); ou que possa separar entre o que é real e o que é construído. Fica difícil esperar que diferentes especialistas, adotando diferentes práticas fragmentadas, direcionadas ao biomédico, possam construir síndromes que necessitem da pesquisa de fatores psicoemocionais e/ou sociais que possam influenciar ou determinar a expressão das doenças.**

Esses aspectos culturais também podem ser observados no **comportamento dos pacientes**, que quando procuram o médico por causa da dor, só vão referir outros sintomas como angústia, depressão ou insônia, apenas se o médico lhes perguntar. O contrário também é verdadeiro, quanto a referir sobre dor física para um psiquiatra. Torna-se, portanto, **difícil, que os especialistas possam estabelecer as conexões entre o psicoemocional, o social e o funcional e orgânico, se não se habituaram a colher esses dados nem tampouco questionar se, num mundo veloz e estressante, possam estar se formando novos modelos de doenças psicossomáticas.** Propostas de ampliação desse *ver formativo* para que possam fazer abordagens simultâneas de sintomas biológicos, funcionais, orgânicos e psíquicos, e suas inserções sociais, permitirão a formação de um **novo *Estilo de Pensamento* mais abrangente que poderá se comunicar com melhor competência.**

Almeida Filho comenta que **cresce no campo científico a conscientização de que a ciência cada vez mais se configura como uma prática de construção de modelos, de formulação e solução de problemas num mundo em constante mutação.** Continua lembrando que o **antropocentrismo típico do cientista de tradição cartesiana** parece não ter **mais lugar em uma ciência que valoriza cada vez mais a descentração** e a relatividade. Para ele isso se deve às diferentes formas de referenciar os mesmos velhos objetos bem como ao **aparecimento de novos objetos, realmente emergentes.** Destaca que a própria evolução da Ciência com sua prática de observar que o mundo não é apenas físico, e sim também social

e histórico, criou novas dificuldades. E fala em propostas resultantes da unificação das anteriores com as novas, reunidas sob o que designou de “*paradigma da complexidade*”, no qual a prática de investigação não se dá pela fragmentação ou análise, sob o princípio reducionista; ao contrário, torna-se como objetivo do método, justamente a totalização ou síntese. Segundo esse autor:

O processo de conhecimento não se reduz à descrição de forma e função de elementos e processos constitutivos do objeto investigado, e sim busca uma ampliação no sentido do conhecimento do contexto ao qual o objeto do conhecimento se integra. (ALMEIDA FILHO, 2000, p.190).

Esse autor sugere que, para uma **abordagem respeitosa dos objetos complexos, por exemplo, o de saúde multifacetado**, a organização convencional da ciência em disciplinas autônomas e até estanques precisa ser superada por novas modalidades de práxis científica, instaurando **formas alternativas de disciplinaridade**, cuja instalação depende fundamentalmente de uma **atitude crítica e reflexiva capaz de explicitar as implicações e determinações políticas e econômicas da produção do conhecimento científico**.

Em se tratando de assuntos tão amplos, que podem ser melhores, se trabalhados por diferentes especialistas e generalistas, apresentei a **categoria epistemológica *Objeto Fronteira*** para auxiliar a interação desse conjunto, mas entendo que essa atitude requer diferentes atributos humanos, políticos, para sua negociação. Essa categoria surge como instrumento facilitador para estimular a reflexão de teorias e práticas a serem trabalhadas, por diferentes ***Coletivos de Pensamento***, mas, em cada situação, poderão aparecer, diferentes propostas e diferentes modelos quanto à sua aplicação.

Quando se reconhece a **complexidade do trabalho científico** frente aos diferentes *Estilos de Pensamento* e os diferentes atores, que compartilham diferentes mundos sociais, entende **as dificuldades em se estabelecer suas linguagens de tradução**. A proposta de Star é a de que o modelo de **aplicação do *Objeto Fronteira*** possa ser flexível, plástico, porque se reconhece **a heterogeneidade desse trabalho, as diferentes necessidades e os constrangimentos que podem surgir**. Entretanto, que seja sólido para transitar em diferentes comunidades em prática, sem que haja perda da identidade que garanta a integridade das

informações. Pode ser representado como **um conceito analítico de um objeto científico, que pode ter diferentes significados, satisfaça as diferentes necessidades, mantenha coerência e possa ser reconhecido e traduzido por mais de um coletivo.** A utilização do *Objeto Fronteira* não impõe a visão de um só mundo, mas a construção de âncoras duradouras ou temporárias, que sejam interdependentes e fundamentem suas representações em material estável na consolidação das relações sociais. Essa atitude pode se tornar importante, no momento atual, quando se enfrenta conhecimentos limitados a compartimentos e desconectados, entre si e com a realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um novo olhar para o percurso transcorrido durante a realização desta pesquisa permitiu-me entender que a dimensão de um problema, percebido inicialmente como individual, pode tornar-se bem mais amplo se transportado para uma realidade estruturada em bases epistemológicas. Ao contextualizar o meu problema pude perceber o processo dinâmico da interação simultânea do uno e do todo e a complexidade do sistema com suas interrelações.

Novas dúvidas e questões surgiram da minha prática de consultório médico após a inclusão da pesquisa de aspectos de natureza psicossocial durante a colheita da história clínica do paciente. Esses dados ao serem ampliados puderam demonstrar problemas estruturais da prática médica quando restrita aos exercícios das especialidades. São problemas resultantes do ato de fragmentar e de separar o conhecimento por disciplinas e áreas, que se tornam evidentes devido ao processo de estimular o estudo precoce, limitado ou compartimentado a conhecimentos especializados. São problemas relatados não só na Medicina como também em muitas outras áreas do conhecimento, que estão relacionados às propostas epistemológicas que foram implantadas no século passado. Surgem com a atitude de aprofundar o estudo de cada um dos fragmentos, porém mantendo-os dissociados do ato de contextualizar e de poder analisa-los sob a perspectiva de uma maior complexidade e maior representatividade. Impede-se, então, a construção de muitos elos que permitam a articulação dos fragmentos entre si, suas inserções no todo e o estudo de suas relações com o espaço e o tempo.

Particularizando, a dificuldade que existe em entender a relação dos sintomas de expressão física que possam ter conotação psicoemocional e social nos pacientes com diagnóstico de fibromialgia e seus similares pode ter surgido da prática de um modelo epistemológico que priorizou ensino e práticas especializadas. O modelo fragmentado e compartimentado da Educação Médica, dividido em especialidades, pode ter determinado modelos de práticas fragmentadas que, por sua vez, contribuíram para que os modelos de construções diagnósticas pudessem ficar restritos aos fragmentos físicos biomédicos.

Desse modo, a análise da construção dessa pesquisa permitiu-me entrever **interrelações entre os diversos segmentos que compõem a educação e a prática médica com as concepções epistemológicas hegemônicas do momento histórico precedente.** O estudo do **modelo de construção diagnóstica das síndromes selecionadas parece refletir o modelo fragmentado das consultas médicas especializadas.** Observa-se que a avaliação dos sintomas tem sido direcionada à busca de **explicações primordialmente restritas ao fragmento do corpo humano relacionado à competência de cada especialista.** Por outro lado, as pesquisas têm buscado prioritariamente justificativas que denotem **alterações primárias de natureza orgânica, desconectadas de possíveis relações psicossociais.** Foi, portanto, constatada a **dificuldade de se atender a proposta de avaliação do biopsicossocial do paciente pelos especialistas que não cultivaram o hábito de analisar a interação do biológico, do psíquico e do social do ser humano.**

O modelo atual pode gerar muitas **expectativas para os pacientes que recebem diferentes diagnósticos quando são avaliados por médicos com diferentes *Estilos de Pensamento*.** A dificuldade não parece residir apenas na diversidade desses *Estilos de Pensamento* restritos a conhecimentos especializados, mas na incongruência das linguagens de tradução que facilitem a comunicação entre os *Coletivos de Pensamento* dos diferentes especialistas. Entendo que esse comportamento pode ter resultado da separação do conhecimento em compartimentos e da falta da prática de contextualizá-los.

A proposta de investigar a relação entre o atual modelo de construção das doenças e o modelo de educação e pós-graduação médica possibilitou-me conferir uma série de constatações. **Diferentes síndromes podem ser construídas para explicar o problema de pacientes com sintomas semelhantes; são síndromes fragmentadas e direcionadas a elementos de baixa especificidade, próprios da especialidade dos médicos que as constroem.** O reconhecimento pelos autores que descrevem essas síndromes, de que elas se superpõem, expressa a aceitação de que elas tratam de assuntos comuns às diferentes especialidades. Desse modo, proponho que se trabalhe esse tema, como pertencente ao *Objeto Fronteira*, para que se possa diminuir as tensões geradas pelo isolamento das

linguagens especializadas e possa permitir a construção de doenças com critérios mais representativos e abrangentes. Critérios, por exemplo, que possam ser resultado de componentes multicausais, objetivos e subjetivos, que determinam a complexidade da expressão e da representação de uma doença num determinado paciente.

Pude concluir que a formação de especialistas fez desenvolver *Estilos de Pensamento* individualizados por práticas médicas isoladas e com pouca comunicação entre suas construções diagnósticas. Desse modo, mesmo que se incentive debates entre os médicos especialistas, a formação desses profissionais, sob o modelo de ensino compartimentado, disjuntivo e redutor, poderá dificultar-lhes em obter uma comunicação harmônica eficiente. Os diferentes ângulos de visão do mesmo problema de um paciente, quando estão dissociados e não conseguem interagir, podem impedir a análise crítica, mais ampla e contextualizada, dos problemas dos pacientes. Perde-se a capacidade de construção mais elaborada sobre as doenças como resultado de um trabalho conjunto entre diferentes profissionais especializados. Pelo exposto, vale estudar propostas de mudanças do modo de exercitar o pensamento, para que possam gerar novos frutos, mais amplos e integrados, no processo de construção mental.

Para estudos futuros, sugiro **a aplicação de um novo modelo que integre o psicossocial ao problema biológico do paciente para melhor entender a questão das síndromes classificadas como de natureza psicossomática.** Com esse modelo, as síndromes estudadas que utilizam como diagnóstico os critérios representantes de apenas um dos fragmentos de um problema mais amplo, poderão se unir e resultar numa estrutura especial maior que a mera soma de trabalhos individuais, pois reflete uma nova construção resultante da interação dos diferentes especialistas e que envolve um contexto maior.

Porém, o que foi exposto constitui somente um pequeno segmento da área de educação e da saúde. Expressa o desafio do estudo de um processo complexo e muito mais amplo que se propõe a estabelecer comparações entre o modelo tradicional, que fragmentou e compartimentou o conhecimento com o modelo contemporâneo, que pretende articular todas as partes. As propostas de mudanças das concepções epistemológicas com **reforma do pensamento** se tornam mais **complexas** enquanto permanecem distanciadas da teoria e das práticas educativas.

As novas abordagens preconizam **transformações** que reconhecem **o todo e as partes se influenciando mutuamente**. O conhecimento científico passou a ser entendido como a **relação dinâmica entre o sujeito e o objeto, intermediada pelo estado do conhecimento, permeado pelas suas relações sociohistóricas**.

A nova visão que estabelece **transformações nas relações do ser com o mundo**, abordando-as como um **processo dinâmico de ações e retroações**, deixa de conceber o conhecimento do mundo como **fotográfico** e passa a entendê-lo como sendo **interpretado**. A consolidação dessas complexas mudanças, para se tornar efetiva frente ao tipo de pensamento habituado a dissociar e reduzir, incrustado durante longo período na mente dos homens, sugere que se enfrentará um processo complicado e demorado. Para que sejam instituídas mudanças efetivas do “ver formativo” poderá se necessitar, inclusive, de mudanças de gerações, para que as novas já nasçam e se familiarizem dentro desse novo modo de pensar.

Estas propostas de mudanças emergentes da natureza do saber estendem-se a grandes áreas como Educação e Saúde. O papel deste processo se destaca quando se estudam **os critérios e as classificações que perfazem as nossas vidas** e determinam as interações entre os homens e as diferentes áreas do saber. A **Educação Médica** propõe uma avaliação mais ampla dos pacientes, inserindo seus problemas de saúde no contexto sociohistórico, **visualizando o ser em seu todo, com abrangência de seu biopsicossocial**. Com esse enfoque, passam a ser incluídos **o visível e o invisível, o palpável e o impalpável que podem se expressar através de sintomas**.

Diferentes ensaios históricos preconizam como **uma mesma doença pode ter significados e representações diferentes**. Pude verificar que existem **controvérsias e desacordos** entre investigadores, clínicos e pacientes sobre o melhor modo de construir e lidar com as doenças. Surgem questões relativas ao que poderia definir melhor a doença: a experiência individual ou os testes padronizados do doutor. **São muitas as variáveis, atuantes sob um processo dinâmico, que interagem na formação das doenças e que justificam suas construções através de fatores multicausais: além da presença do germe com suas variáveis, há que se considerar os diferentes fatores genéticos, socioeconômicos e culturais, que compõem o indivíduo naquele momento**. São questões que negam as

doenças como existentes em sua forma abstrata, porque as valorizam quando configuradas no indivíduo.

Os valores e os interesses que determinam os programas de pesquisa, as atividades de saúde pública, as decisões clínicas e as experiências dos pacientes e dos médicos sobre adoecimentos podem estar largamente fora das vistas. Lidar com esses novos temas parece tarefa difícil para aqueles que foram graduados sob um **modelo cartesiano de educação disciplinar, que valorizou muito mais o objetivo, o visível e o palpável.**

Inserir transformações no modelo de Educação Médica, que primou pelo tipo de educação disciplinar compartimentada em especialidades, com privilégio do biológico, do orgânico (biomédico), não será fácil. **Esse modelo, ainda hegemônico, pode dificultar as reflexões e discussões sobre assuntos como as controvérsias do binômio de saúde/doença; a uni e multicausalidade dos problemas da saúde; os diferentes significados e representações que uma mesma doença pode receber.** O termo construção das doenças, por exemplo, não é utilizado com unanimidade pela categoria médica.

Um dos objetivos desse trabalho foi o de mostrar a percepção desses problemas na educação e na prática médica por um aluno que conseguiu admitir a instabilidade do conhecimento científico, ao invés de aceitá-lo como um conhecimento imutável como lhe foi ensinado. Esse aluno percebeu que não existe doença em sua abstração, mas doentes com suas individualidades de respostas que participam da construção das doenças, como um processo dinâmico e complexo. Conforme referido, este processo pode ser avaliado como o resultado das múltiplas participações que interagem para a expressão da relação doença-doente: o genético, o adquirido, o psíquico, o social, a história de vida, incluindo componentes que também são invisíveis.

Mesmo como iniciante do estudo da **compreensão epistemológica contemporânea,** que propõe **mudanças significativas e complexas do conhecimento científico para entender o todo e suas interrelações,** entendo que se necessite de uma **participação coletiva.** Um dos primeiros passos pode ser a **inserção do estudo de Epistemologia nos currículos escolares, como o da Educação Médica.** Tal estudo pode gerar uma nova

concepção que valoriza o sociohistórico como fator mediador da relação sujeito-objeto na formação do conhecimento científico para que venha desfazer a crença de que o conhecimento da realidade independe das formas como o conhecimento é construído socialmente.

Com esse intuito destaquei a influência do social para o estudo da **Epistemologia Socioconstrutivista**, que mostra a diversidade e a amplitude de construção de um “**ver formativo**”. Este definirá as conotações e as concepções que **formarão os diferentes *Estilos de Pensamento*, que expressam a teoria e a prática dos diferentes *Coletivos de Pensamento*.**

A **Epistemologia Sociointeracionista**, na continuação, propõe a **validação do conhecimento científico de forma mais abrangente**, incluindo todos os seus participantes, e a identificação de temas que possam ser reconhecidos como importantes de serem trabalhados por diferentes *mundos sociais* ou *comunidades em prática*. Para efetivar essa articulação entre as interfaces que compõem os diferentes fragmentos do saber, propôs-se a categoria ***Objeto Fronteira***.

Desse modo, frente à necessidade de organização da sociedade através da **sistematização desses assuntos, em favor de uma convivência mais harmônica**, seja para o atendimento, o tratamento e a **concessão justa de benefícios**, como para estudar possíveis **limites entre a responsabilidade individual ou social** sobre problemas em suas saúdes, justifica-se a importância de que esses temas possam ser trabalhados em conjunto.

Para a Educação, existem propostas internacionais de modelos transformadores, que tornam o aluno sujeito do processo, desfazem a obsessão isolada em memorizar conteúdos. Valorizam a manutenção de uma aprendizagem por toda a vida, estruturada em quatro pilares: **aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser**. Na Educação Médica, um dos itens propostos é o da **compreensão multidimensional do ser humano, incluindo aspectos biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais**. Pretende-se deslocar o foco de atenção da doença para a saúde. Espera-se um médico com prévia formação generalista competente, ouvinte, atento, que tenha sensibilidade para entender

e explicar o problema do paciente em sua integridade física, psíquica e social, para que possa ajudá-lo a se reintegrar em sua família e sua sociedade.

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos em áreas biológicas especializadas, o modelo atual não contempla o todo, a relação custo-benefício é questionada e resulta na insatisfação do paciente e do médico com o sistema de saúde. As polêmicas referentes ao modo de construção das doenças e às dificuldades de inclusão de aspectos psicossociais como fatores influentes em suas fisiopatologias também são assuntos que merecem reflexão. **Mudanças futuras, com relação ao ensino e a prática médica, e a utilização da Epistemologia**, que compara e valoriza o sociocultural e o histórico, possibilitarão a apreciação multifatorial por novas construções das síndromes ou doenças que tentam explicar as queixas dos pacientes que se manifestam por dados subjetivos.

No futuro, a aplicação de um modelo de avaliação biopsicossocial pode permitir um entendimento com mais propriedade da relação dos fatos traumáticos na vida de um paciente com a expressão através de seu corpo físico. A partir de um modelo hipotético, a expressão clínica dos pacientes com fibromialgia poderia ser entendida como reflexo da conexão com uma história de vida na pessoa que não consegue aceitar nem conviver harmonicamente com sua realidade sociohistórica. Esta pessoa passa a se comportar como estressada, ansiosa ou deprimida; alteram-se suas funções habituais, como a de obter um sono restaurador e esse sono alterado desencadeia a liberação ou suspensão de substâncias que influenciam no sistema neurohormonal central que regula o estresse e a dor. Esse paciente desenvolve um distúrbio de percepção da dor, que se manifesta por dores musculoesqueléticas difusas e crônicas (na fibromialgia) ou sintomas de outra natureza (em outras síndromes). As construções futuras poderão entender melhor o/os princípio/s que regem a expressão dos sintomas e de seus substratos genéticos, junto aos diferentes aspectos que podem interagir no ser humano como: os biológicos, os psíquicos, os sociais, com inclusão dos políticos, culturais e econômicos.

A nova ordem de idéias reconhece o universo como uma totalidade indivisa e abre perspectivas de ampliar as teorias da Física e de outras ciências naturais como também das ciências humanas, para a compreensão da vida, da mente e da cognição.

Como sujeito desse trabalho, formado pela Educação Médica fragmentada, com modelo compartimentado, que foi habituado ao exercício de pensamentos dissociados, disjuntivos e redutores posso considerá-lo como um **trabalho que necessitou de tempo para aprender a contextualizar e perceber as diferenças das propostas de especialistas de outras áreas**. Fatos que explicam parte dessa dificuldade podem ser resumidos assim: trabalho difícil para ser executado por um profissional exercendo atividades da prática médica, sem formação acadêmica em Educação para aprender a conviver simultaneamente com as linguagens da Educação, da Epistemologia e da Medicina. Enfrentar, em pouco tempo (dois anos), a necessidade de conhecer, construir e desenvolver os temas que abrangessem aquelas três áreas foi um grande desafio, além de ultrapassar fronteiras rígidas quanto à passagem do modelo tradicional de dissertações quantitativas para o das qualitativas.

Outras dificuldades dizem respeito à escolha de um **tema novo e instável**, com **bibliografia limitada e escrita, em sua maior parte, em língua inglesa**. Pareceu-me que apesar das exigências normativas, não ocorre nos diferentes cursos de mestrado e doutorado, um consenso hegemônico, universalmente estabelecido, quanto aos modelos a serem seguidos durante a execução dos trabalhos (por exemplo, no tocante a citações e referências bibliográficas). Esta instabilidade pode se constituir em obstáculos à tentativa de adaptação às diferentes linguagens, e até deter pessoas mais velhas e experientes que se interessam por tais cursos, ao cercear a liberdade de expressão das idéias próprias e consistentes, construídas ao longo dos anos.

Destaco que toda essa escolha foi pessoal, e que um dos grandes estímulos foi o da **emoção de ser bem recebida** em outra área do conhecimento que permitiu a grande oportunidade de começar a **despertar para a Epistemologia**. Vale registrar também o aprendizado das facilidades da informática e da comunicação via Internet. Para minha satisfação, pude estabelecer comunicação rápida e direta com duas das autoras que fundamentaram parte dessa pesquisa: Ilana Löwy e Susan Leigh Star, de quem recebi de presente a publicação sobre *Objeto fronteira*.

Ao concluir esse trabalho, penso poder ter atingido minha proposta maior, que também é a dos **sociointeracionistas**: a de acreditar **como possível trabalhar com as diferentes linguagens**, desenvolvendo um **novo Estilo de Pensamento, mais amplo e mais**

abrangente. Pode-se desenvolver **mais tolerância na convivência com os colegas, mesmo com aqueles que construíram *Estilos de Pensamento* diferentes, alguns incongruentes entre si.** Considero este exemplo como importante para atender ao **propósito majoritário da Educação Médica** que é o de **estudar o ser humano em sua configuração biopsicossocial.**

Vale estudar as propostas atuais, em tentar **desfazer a demarcação das faces e interfaces das diferentes áreas do conhecimento para que não se constituam como posse de um único coletivo,** mas que sejam inseridas na categoria *Objeto Fronteira*, podendo circular entre os coletivos que ofereçam contribuições.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, já referidas, aprovadas em agosto de 2001, confirmam essas propostas quando sugerem um formando com o **perfil contemporâneo de generalista, humanista; com capacidade crítica e reflexiva, que assegure a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado.**

Como contribuição proponho o incentivo de trabalhos que exercitem a **circulação intercoletiva de idéias** sob a perspectiva da categoria *Objeto Fronteira*. Expresso o reconhecimento de que poderão ser árduas as tarefas em se tentar adaptar a categoria *Objeto Fronteira* aos diferentes fragmentos rígidos e privativos que se formaram e em se tentar efetuar uma reforma do pensamento para estabelecer uma **convivência harmônica** entre a **Ciência, a Filosofia e a Arte na Medicina.** Porém, estas são mudanças que poderão valorizar o qualitativo, em muitas das vezes, na sua condição de invisível.

Para que esse tipo de trabalho possa evoluir, é mister que os cientistas aceitem tais temas como desafios epistemológicos a serem enfrentados **democraticamente, como de possível solução, de comum interesse e em favor de todos.** Porém são grandes as dificuldades para que todos, em suas individualidades e no coletivo, possam atingir a felicidade e a harmonia da comunicação. A complexidade que envolve o número de variáveis do processo de construção do conhecimento e de compreender sua evolução é infinita.

Conviver com a consciência da dúvida e da insegurança, individual e coletiva, subjugada à noção de espaço e tempo, parece ser o preço atual da condição de existência de cada ser humano. Por isso, **desenvolver o pensamento contextualizado através do estudo**

integrado de História, Filosofia e Epistemologia pode ajudar a entender a estruturação do conhecimento, modular as interpretações e a expressão das emoções para se alcançar um objetivo maior: acumular conhecimentos mais complexos que possam evoluir e gerar melhor competência nas comunicações além de experiências felizes e como tal evitar, de se submeter à guerra dos outros como única condição de aprender a amar a paz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. **A ciência da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

AMSTERDAMSKA, O. **Schools of thought**. Holland: D. Reidel Publishing Company, 1987.

ASSOCIATES OF MEDICAL SCIENCES LIAISON. **The Bantam Medical Dictionary (BMD)**. New York: Market House Books, 1990.

ARONOWITZ, R. A. **Making sense of illness: science, society, and disease**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

ARTHRITIS FOUNDATION **Fibromyalgia syndrome**. 1998. Tradução por Rejane Leal Araújo, São Paulo: Apsen, 2000.

ARTHRITIS FOUNDATION. **Your personal guide to living well with fibromyalgia**. Atlanta: Longstreet Press, 1997.

ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA; SINDICATO DOS MÉDICOS DE SANTA CATARINA. **Novos cursos de Medicina: Combata mais esta epidemia**. Florianópolis: CRM, fev.2000. Edição especial.

ASSOCIATION OPS AMERICAN MEDICAL COLLEGES. **Physician for the twenty first century: a report of project panel on the general professional education of the physician**. Washington D. C.: AAMC, 1984.

BARATA, R. C. B. A historicidade do conceito de causa, **Textos de apoio**, Epidemiologia I, Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO, 1985.

BIANCHETTI, L. **Da chave de fenda ao laptop; tecnologia digital e novas qualificações: desafios à Educação**. Petrópolis: Vozes, 2001.

BICUDO, M. A. V.; ESPÓSITO V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação**. 2 ed. Piracicaba: Unimep, 1997.

BOHM, D. **A totalidade e a ordem implicada: uma nova percepção da realidade**. São Paulo: Cultrix, 1998.

BORDENAVE, J.D. Opções pedagógicas. **Anais do Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Norte**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

BOSI, A. **dialética da colonização**. São Paulo: Companhia das letras, 1992.

BOTELHO, J. B. **Os limites da cura**. São Paulo: Plexus, 1998.

BOULOS, M. Relação Médico-Paciente: O Ponto de Vista do Clínico. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Coord.). **Educação Médica**. São Paulo: SARVIER, 1998. p.50-57.

BOWKER G. C.; STAR, S. L. **Sorting things out**: classifications and its consequences. Massachusetts: MIT Press, 2000.

BUNGE, M. Una caricature de la Ciencia: la novísima sociología de la ciencia. Separata de: **Interciência**, [S.I.], v. 16, n 2, p.69-77, mar-apr, 1991.

CHAVES, M. M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.22, p.7-25, jan./abril 1998.

CHAVES, M. M.; ROSA, A. R. (Org.). **Educação médica nas Américas**: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990.

CLAUW, D. J. Musculoskeletal signs and symptoms: [E] fibromyalgia and diffuse pain syndromes. In: ARTHRITIS FOUNDATION. **Primer on the rheumatic diseases**. 12. ed. Atlanta: Arthritis Foundation, 2001. p.188-193.

COSTEIRA, O. **Termos e expressões da prática médica**. São Paulo: FQM, 2002. 1 CD-ROM.

CROFFORD, L. J.; CLAUW, D. J. Where are we a decade after the American College of Rheumatology classification criteria were developed?. **Arthritis and Rheumatism**, New York, v. 46, n. 5, p.1136-1138, may. 2002.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de Pensamento em educação médica**: Um estudo do Currículo do Curso de Graduação de Medicina da UFSC. Florianópolis, 2001. 227 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina.

CRIGGS, R. C. Episodic Muscle Spasms, Cramps, and Weakness, In: FAUCI et. al. **Harrison's Principles of Internal Medicine**. USA: The McGraw Companies, vol I, (22), p.118- 122, 1998.

CZEISLER, C. A.; RICHARDSON, G. S. Disorders of Sleep and Circadian Rhythms, In: FAUCI et al. **Harrison's Principles of Internal Medicine**. USA: The McGraw-Hill Companies, vol. I, Cap.27, p. 150-157, 1998.

DA ROS, M.A. **Estilos de pensamento em saúde pública**. Florianópolis, 2000. 207 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina.

DELIZOICOV, D. Sobre a produção do conhecimento científico (Editorial) **Caderno Catarinense de Ensino de Física**, Florianópolis, v.13, n. 3, p.178-276, dez. 1996.

DELIZOICOV, D. et al. **Sociogênese do conhecimento e a pesquisa em ensino**: contribuições a partir do referencial fleckiano. In: Atas do II ENPEC- CD-ROM. Valinhos, SP, set. 1999.

DELORS, I. **Educação**: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez, 1999.

DOSSEY, L. **Espaço, tempo e medicina**. São Paulo: Cultrix, 1998.

ENGLEBERG, N. C. Chronic fatigue syndrome. In: MANDELL; DOUGLAS; BENNETT'S **Principles and practice of infectious diseases**. 15 ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000. v.1 Cap.118, p.1529-1534.

EPICURO. **Carta sobre a felicidade (a Meneceu)**. Tradução: Álvaro Lorencini; Enzo Del Carratore da edição de G. Arrighetti de 1973, São Paulo: Editora UNESP, 1973.

FERGUSON, M. **A conspiração aquariana**. Rio de Janeiro: Record, 1980.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 25, p. 39-54, jan./abr. 2001.

FIELDS, H. F.; MARTIN, J. B. Pain In: FAUCI et al. **Harrison's Principles of Internal Medicine**, USA: The McGraw-Hill, Cap.12, v.1, p. 53-58, 1998.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico**. Madrid: Alianza, 1986.

FLECK, L. **Genesis and development of a scientific fact**. Chicago: The University of Chicago Press, 1979.

FOUREZ, G. **A construção das ciências**: introdução à filosofia e à ética das ciências. Tradução: Luiz Paulo Rouanet. São Paulo: Unesp, 1995.

GOLDENBERG, D. L. Soft tissue – fibromyalgia and related syndromes In: KLIPPEL, J. H.; DIEPPE P.D. **Rheumatology**. London: Mosby, p. 4.15.1-12, 1998.

GOLDENBERG, D.L. A Fibromialgia Uma Década Depois: O Que Aprendemos? **Journal of The American Medical Association (JAMA)** Brasil, Rio de Janeiro v. 4, n. 8, p. 3507-3515, set. 2000. Tradução de: Fibromyalgia syndrome a decade later: what have we learned? *Arch.Intern. Med*, 159 p.777-785, 1999.

GROF, S. **Além do cérebro: nascimento, morte e transcendência em psicoterapia**. São Paulo: McGraw-Hill, 1988.

HELFENSTEIN, M. **Impacto socioeconômico das lesões por esforços repetitivos-LER/DORT**, folheto sobre a Tese de Doutorado- UNIFESP/EPM, 1997

HELFENSTEIN, M.; FELDMAN, D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 8-14, jan./fev. 2002.

HENCH, P. K. Nonarticular Rheumatism, In: KATZ, W. A. **Rheumatic Diseases: Diagnosis and management**, Philadelphia, (28) p.608-627, J.B. Lippincott, 1977

HITA, M. G. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). **Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.179-213, 1998.

JANTSCH A. P.; BISNCHETTI L. (Org) **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de Filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar , 2001.

JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

KATZ, W. A. Symptoms of Rheumatic Diseases, In: KATZ, W. A. **Rheumatic Diseases**. Philadephia (2) p. 8-17, J. B. Lippincott Company, 1977.

KLIPPEL, J. H.; DIEPPE, P. A. **Rheumatology**. London: Mosby, 1998.

KOMAROFF, A. L.; ROBB-NICHOLSON C.; WOO B. Women's Health, In: FAUCI et al. **Harrison's Principles of Internal Medicine**, USA, The McGraw-Hill, v. I, Cap. 6, p. 21-24, 1998.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

KUHN, T. S. Foreword In: **Genesis and development of a scientific fact**. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1979.

LAURINDO, I. M. M. Editorial: Controvérsias e ... mais controvérsias. In: **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. VII, jan./fev. 2002.

LEVINSON, W. **Improving communication with patients**, Hospital Practice, Minneapolis, v. 35 n. 4, p. 113-117, april 15, 2000.

LIMA, A. M. C. **Estilo de pensar no ensino de medicina homeopática**, Florianópolis, 2002, 195 f. Mimeo da Tese (Doutorado em Educação).-- Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina.

LISBOA, A. M. J. **O Currículo arco-íris: reflexões sobre o ensino médico**. Brasília: Linha Gráfica, 1999.

LÖWY, I. **The strength of lose concepts**, *History of Science*, v.30, p.371-395, 1993.

LÖWY, I. **Between Bench and Bedside**, Haward University press, 1996.

LÖWY, I. **Ludwik fleck and the notion of “boundary object”**. Mimeo do I Seminário Internacional sobre Filosofia da Saúde Florianópolis, 1996.

MACHADO, M. M. Prefácio In: MARCONDES, E.; GONÇALVES E. L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

MANUAL DO MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E CULTURA, vol. 7, jan-dez, 1985.

MCBETH, J. et al. Features of Somatization Predict the Onset of Chronic Widespread pain: Results of a large Population-Based Study. **Arthritis & Rheumatism**, New York, v. 44, n. 4, p.739-984, abril 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina**, 2001. www.gov.com.br

MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução 001 de 2001**. www.gov.com.br

MORAES, M. C. **O Paradigma Educacional Emergente**. 3. ed. Campinas: Papirus, 1999.

MOREIRA, A. T. **A Relação Médico-Paciente: Imaginário dos formandos em medicina no ano de 1998**. Projeto da dissertação de Mestrado em Medicina Interna - Universidade Federal da Bahia, 1999.(mimeo)

MORENTE, M. G. **Fundamentos de filosofia: lições preliminares**. São Paulo: Mestre Jou, 1980.

MORIN, E. **Ciência com Consciência**. Mem Martins: Europa- América, 1994.

MORIN, E. Epistemologia da complexidade In: **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**. Tradução por Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução por Catarina Eleonora F.da Silva e Jeanne Sawaya. Brasília: Cortez, 2000.

MORTON, R. F.; HEBEL, J. R.; McCARTER, R. J. **A study guide to epidemiology and biostatistics**. Maryland: Aspen, 1990.

NESCO – **Revista Espaço para Saúde**: íntegra do relatório final da 8ª CNS- Revista do NESCO, ano 1 n. 0, Curitiba

OLIVEIRA, A. D. **A evolução da medicina até o início do Século XX**. São Paulo: Pioneira, 1981.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Médicos para la salud**: estratégia mundial de la OMS para reforma de la enseñanza de la medicina y la práctica médica en pro de la salud para todos. Ginebra: OMS, p. 24, 1996.

PEIXINHO, A. L. **Educação médica - o desafio de sua transformação**. Salvador, 2001. 249 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia.

PESSANHA, J. A. M. As Delícias do jardim. In: NOVAES, A. (Org.) **Ética**. São Paulo: Companhia das Letras, p. 57-85, 1992.

PESSOTI, I. A. Formação humanística dos médicos. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.29, n.4, p.440-448, out-dez, 1996.

PRIGOGINE, L; STENGERS, L. **A nova aliança**. Brasília: UNB, p. 247, 1984.

REUS, V. I. Mental disorders. In: FAUCI, A. et al. (Ed.) **Harrison's principles of internal medicine**. 14 ed. USA: McGraw-Hill, 1998. p.2485-2502

RIBEIRO, M.; BATTISTELLA, L. R. Comorbidades em Fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.1-7, jan./fev. 2002.

RICE, J. R., Síndrome de "fibrosite" In: **Simpósio sobre Progressos em Reumatologia**, tradução de The Medical Clinics of North America, Rio de Janeiro: Interlivros, 1986.

ROSA, D. L. **Trabalho pedagógico e socialização**: um estudo sobre a contribuição da escola para a formação do sujeito moral. Salvador, 1999. 322 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Bahia.

ROSEN, G. **Da polícia médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SCHÄFER, L.; SCHNELLE, T. Los Fundamentos de la vision sociologica de Ludwik Fleck de la teoria de la Ciencia. In: Fleck, L. **La genesis y el Desarrollo de un Hecho Científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986. p. 9-42.

SCHRAIBER, L. B. Educação e serviços: a perspectiva da educação permanente na saúde In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. **Educação Médica**, São Paulo: SARVIER, 1998, p. 382-286.

SHELDRAKE, R. B. **O renascimento da natureza:** o reflorescimento da ciência e de Deus. São Paulo: Cultrix, p. 238, 1997.

STAR, S. L.; GRIESEMER, J. R. Institutional Ecology, Translations and Boundary Objects. **Social Studies of Science**, v.19, p.387-420, 1998.

THE BANTAM MEDICAL DICTIONARY. New York: Market House Books, 1990.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas **Normas para apresentação de Documentos Científicos – referências**, Curitiba: Editora UFPR, 2000.

YUNUS, M. B. Gender Differences in Fibromyalgia and Other Related Syndromes. **J. Gend Specif Med**, USA, v. 2, p.42-47, 2002.

WEIL, P.; AMBROSIO, V.; CREMA, R. **Rumo à nova transdisciplinaridade:** sistemas abertos de conhecimento. São Paulo: Summus, 1993.

WINFIELD, J. B. Does Pain in Fibromyalgia Reflect Somatization? **Arthritis & Rheumatism**, USA, v. 4, n. 4, p. 739-984, april 2001.

ANEXO

DECLARAÇÃO DE EDIMBURGO

“O objetivo da educação médica é formar profissionais para promover a saúde de todas as pessoas, e este objetivo, em muitos lugares, não está sendo alcançado, apesar de enorme progresso das ciências biomédicas neste século. Cada paciente deve poder encontrar, no médico, o ouvinte atento, observador cuidadoso, o interlocutor sensível e o clínico competente. Não é mais admissível aceitar que o atendimento médico se restrinja a alguns pacientes. Cada dia, milhares de pessoas sofrem e morrem de doenças passíveis de prevenção, ou de cura, e, também, de males auto-infligidos, assim como milhões não têm acesso imediato a qualquer espécie de assistência à saúde. Esses problemas vêm sendo identificados há muito tempo: mas os esforços para dotar a escola médica de maior consciência social não têm sido bem-sucedidos.

Todos esses fatos levaram à preocupação crescente, na educação médica, com a equidade na prestação de serviços de saúde, a humanização da prestação desses serviços, e os custos totais para a sociedade. Essa preocupação se fortaleceu, progressivamente, nos debates nacionais e regionais, de que participam, na maioria dos países, grande número de pessoas dos vários níveis da educação médica e dos serviços de saúde, e foi posta em foco nos relatórios das seis regiões mundiais, que se pronunciaram sobre questões básicas relativas ao ensino da Medicina. Nela se reflete, também, a convicção de um número crescente de médicos dedicados à docência ou à prática clínica, de outros profissionais da saúde, de estudantes de Medicina e do público em geral. A pesquisa científica continua a trazer grandes benefícios. O homem, porém, necessita mais do que apenas da ciência e, por isso, os educadores médicos devem visar às necessidades de saúde da raça humana como um todo, e de cada pessoa, também como um todo.”

